Aus der medizinischen Klinik und Poliklinik
der Universität Würzburg
(Direktor: Professor Dr.med. H.A. Kühn)

VERGLEICH EINER STADT- UND EINER LANDPRAXIS UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER GESPRÄCHSFÜHRUNG

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Wilhelm Wehner
aus Würzburg

Würzburg, den 8. Oktober 1979

1980

Aus der medizinischen Klinik und Poliklinik
der Universität Würzburg
(Direktor: Professor Dr.med. H.A. Kühn)

VERGLEICH EINER STADT- UND EINER LANDPRAXIS UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER GESPRÄCHSFÜHRUNG

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Wilhelm Wehner
aus Würzburg

Würzburg, den 8. Oktober 1979

Referent:	Professor Dr.med. L. Maiwald
Korreferent:	Professor Dr.med. H.A. Kühn
Dekan:	Professor Dr.med. K.-H. Wulf

Tag der mündlichen Prüfung: 28. Februar 1980

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

Seite

I. EINLEITUNG 1

II. ALLGEMEINER TEIL 2

A. BISHERIGE ERGEBNISSE AUS STRUKTURANALYSEN DER ALLGEMEINPRAXIS UND IHRE BEWERTUNG 2

B. SCHWERPUNKTE UND AUFGABENSTELLUNG DER ALLGEMEINÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT 6

a) Aus der Sicht des Arztes. 6

b) Aus der Sicht des Patienten. 9

c) Aus der Sicht des Staates und der Gesellschaft. 17

d) Aus der Sicht der Versicherungsträger. 19

e) Aus der Sicht der Allgemeinheit, insbesondere der Presse. 20

C. LÜCKENHAFTIGKEIT DER VORSTELLUNG VON ÄRZTLICHER TÄTIGKEIT UND ARZTBILD 22

III. FRAGESTELLUNG 24

A. WO LIEGT DER SCHWERPUNKT DER ALLGEMEIN-ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT? 24

B. WIE IST DIE VERTEILUNG QUANTIFIZIERBARER UND NUR SCHWER QUANTIFIZIERBARER LEISTUNGEN AM BEISPIEL BEIDER PRAXEN? 24

C. IN WELCHEM UMFANG WIRD DER ALLGEMEINARZT MIT NOTWENDIG ZU BEARBEITENDEN, JEDOCH NICHT IM ENGEREN SINNE ÄRZTLICHEN LEISTUNGEN BELASTET? 24

D. WELCHEN STELLENWERT HAT FÜR DEN ALLGEMEIN-ARZT DIE BEHANDLUNG AKUT KRANKER UND LANGE ZEIT BEHANDLUNGSBEDÜRFTIGER PATIENTEN? 25

Seite

IV. ANGABEN ZU PATIENTENGUT, PRAXISSTRUKTUR, AUFBAU DER UNTERSUCHUNG UND AUSWERTUNG 27

A. ANGABEN ZU PATIENTENGUT UND PRAXIS 27

1) Stadtpraxis 27
2) Landpraxis 28

B. AUFBAU DER UNTERSUCHUNG UND AUSWERTUNG 30

1) Aufbau der Untersuchung 30
2) Auswertung

V. ERGEBNISSE 36

A. ERGEBNISSE DES DATENTEILS 36

I) Fragen zur Praxis 36
II) Fragen zum Patienten 37

B. ERGEBNISSE DER PROTOKOLLE DES ARZT - PATIENTENKONTAKTES 38

I) Anlaß des Praxis- oder Hausbesuches 38
II) Tätigkeiten des Arztes 38
III) Ergebnisse der Auswertung der angesprochenen Themen 39
IV) Gesprächsthemen / Auswertung 41
V) Bewertung des Gesprächs / Auswertung 42
VI) Dauer des Kontaktes 43
VII) Diagnosen / Auswertung nach Erkrankungsgruppen 43
VIII) Art der Erkrankungen / Auswertung 44

C. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE 45

VI. DISKUSSION 51

A. ZUM VERSUCHSAUFBAU UND SEINER AUSWERTUNG 51

B. DISKUSSION DER ERGEBNISSE 53

C. WERTUNG DER ERGEBNISSE FÜR DIE TÄTIGKEIT DES ALLGEMEINARZTES 56

VII. ALLGEMEINE ZUSAMMENFASSUNG 59

LITERATURVERZEICHNIS I - III

I. EINLEITUNG

Der Allgemeinpraxis wird oft angelastet, daß sie zu wenig objektiv nachprüfbare Leistungen erbringt. Dadurch sei eine vergleichbare Beurteilung mit dem Krankenhaus, der Ambulanz und ähnlichen Einrichtungen nicht möglich und nicht gerechtfertigt.

Um zu beweisen, wo der eigentliche Schwerpunkt des Allgemeinarztes liegt, die Besonderheiten seiner Arbeit näher zu umreißen und um insbesondere darzustellen, wie sehr der Arzt als am meisten in Anspruch genommener "Sozialarbeiter" wichtige, jedoch nicht bis ins letzte quantifizierbare Leistungen erbringt, wurden in der vorliegenden Arbeit zwei Allgemeinpraxen, eine in einer mittleren Großstadt, die andere in einer kleinen Gemeinde gelegen, in ihrem Wochenablauf erfaßt, aufgeschlüsselt und auf ihre Schwerpunkte hin analysiert.

II. ALLGEMEINER TEIL

A. BISHERIGE ERGEBNISSE AUS STRUKTURANALYSEN DER ALLGEMEINPRAXIS UND IHRE BEWERTUNG

Will man in der Historie nicht zu weit ausholen und betrachtet die Jahre nach dem Zweiten Weltkrieg, dann beginnt man zuerst in Amerika und den Commonwealthstaaten sich mit dem Allgemeinarzt und der Allgemeinpraxis zu befassen. Man gründet wissenschaftliche Gesellschaften für Allgemeinmedizin. Im deutschsprachigen Raum ist es dann R.N. Braun, ein österreichischer Landarzt, der erstmals mit Hilfe der Statistik über mehrere Jahre hinweg und in mehreren Praxen die Zusammensetzung der Patientenklientel und die der auftretenden Erkrankungen untersucht. Dies geschieht bereits im Jahre 1944.

Die Einführung der offiziellen Berufsbezeichnung Allgemeinarzt fällt in Europa in die Jahre zwischen 1960 und 1970. Zwischen 1968 und 1970 wird im Zuge der Neuregelung und der Weiterbildung in der BRD der Allgemeinarzt in diese Regelung mit einbezogen. In dieser Zeit überprüft H. Göbel (5) in einer Arbeit die von Braun erzielten Ergebnisse. Und obwohl zwischen beiden Arbeiten sowohl erhebliche zeitliche und örtliche, sowie Differenzen bezüglich der Patientenklientel bestehen, kommen beide, wenn man einige Besonderheiten außer acht läßt, zu erstaunlich ähnlichen Ergebnissen. Göbel bestätigt das von R.N. Braun herausgefundene Fallverteilungsgesetz. Man stellt nämlich fest, daß im Laufe von Jahren in einer Allgemeinpraxis 200 bis 250 Krankheitsbilder gesehen werden, davon 20 bis 30 in überragender Häufigkeit (5). Vergleicht man nun die an den Universitäten hauptsächlich vorgestellten Krankheitsbilder, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit der Situation in der Allgemeinpraxis, so stellt man fest, daß zwischen beiden eine erhebliche Diskrepanz besteht. Braun meint, daß die Arbeit des Allgemeinarztes noch immer im wesentlichen

eine Erfahrungsheilkunde ist, die jedoch durch eine wissenschaftlich fundierte Medizin ersetzt werden muß. Bei der Erforschung der Allgemeinpraxis besteht seiner Meinung nach jedoch die Gefahr, daß die spezielle Arbeitsweise des Allgemeinarztes nicht genügend berücksichtigt wird und deshalb leicht falsche Ergebnisse erzielt werden. Er hat dabei z.B. die mehr intuitive Art der Anamneseerhebung, die Situation, daß oft eine tatsächliche Diagnose nicht gestellt werden kann und somit "Karteikartendiagnosen" in den Statistiken verarbeitet werden, im Auge. Gerade im Falle der Diagnosenstellung wird dieses Problem recht deutlich, denn im Grunde ist zu unterscheiden zwischen einer

a) Symptom-Diagnose
b) Syndrom-Diagnose
c) funktionellen Diagnose
d) morphologischen Diagnose
e) äthiologischen Diagnose.

Auch die Zuordnung zu Krankheitsgruppen bereitet Schwierigkeiten. Soll man z.B. einen Harnwegsinfekt der Gruppe "bakterielle Infekte" oder der Gruppe "Erkrankung der Harnbildungs- und Ausscheidungsorgane" zuordnen, besonders, da sich der Erreger im Einzelfall nicht verifizieren läßt? (10) Weiter bestehen oft für gleiche Krankheitsbilder verschiedene Bezeichnungen (6). Diese Liste ließe sich noch weiterführen und zeigt bereits zu einem Teil die Schwierigkeiten auf, die bei der Erfassung der Tätigkeit des Allgemeinarztes auftreten. Größer noch werden die Probleme beim Versuch, die Gesprächsführung in die Untersuchung aufzunehmen.

Einen Teil der von Braun aufgezeigten Gefahren vermeidet nun eine Untersuchung über das "Leistungsspektrum von fünf Allgemeinpraxen" (16), die unter Leitung von K.D. Haehn durch fünf niedergelassene Allgemeinärzte erstellt wurde. Es wird hier nämlich ein Problemkatalog erarbeitet, nach dem sämtliche Krankheitsbilder eingeordnet werden. Durch diese Arbeit, insbesondere dann aber 1974 durch die Verdenstudie (17), wird

eine Verwissenschaftlichung der Allgemeinmedizin erreicht, die es möglich und zunehmend auch nötig macht, ein Fach Allgemeinmedizin an den Universitäten aufzunehmen, darin zu forschen und zu lehren. Außerdem ergibt sich dadurch erstmals die Möglichkeit, Vergleiche mit dem Ausland anzustellen, besonders mit den Ländern, die einen ähnlichen Aufbau des Gesundheitswesens aufweisen wie die BRD.

An der Medizinischen Hochschule Hannover entsteht dann der erste Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Deutschland, und beinahe an jeder medizinischen Fakultät gibt es heute zumindest einen Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin.

Welche konkreten Ergebnisse lassen sich nun heute festhalten? Und läßt sich der Anspruch aufrecht erhalten, der in den meisten Berufsordnungen der Ärztekammern folgendermaßen formuliert wird:
"Das Gebiet des Allgemeinarztes umfaßt die gesamte Humanmedizin. Der Allgemeinarzt ist im gesamten Lebensbereich seiner Patienten für deren Gesundheitsführung und Krankheitsbehandlung, unabhängig vom Alter, Geschlecht und von der Art der Gesundheitsstörung, tätig." (18)

Außer dem bereits oben erwähnten Fallverteilungsgesetz, das übrigens mit geringen Abweichungen von allen Untersuchungen bestätigt wird, läßt sich feststellen, daß dem Allgemeinarzt die "Basisversorgung" obliegt. Aus seinem Gesamtkrankengut gibt er zwischen 5 und 15 % an Fachärzte und 1 bis 2 % an Krankenhäuser, bzw. ca. 0,3 % an Universitätskliniken weiter (5). Nach Brandlmeier versorgten im Jahre 1970 47 000 niedergelassene Ärzte 150 Millionen Patienten, Kliniken mit einer Ärztezahl von 43 000 dagegen 8,2 Millionen Patienten. Über den Anteil der Allgemeinärzte an den ambulant versorgten 150 Millionen gibt es keine Zahlen, die lassen sich jedoch daraus erschließen, daß die Allgemeinärzte prozentual den höchsten Anteil der niedergelassenen Ärzte stellen (5). Die Aufgaben eines Allgemeinarztes, wie sie sich nach den bisherigen Erkenntnissen ergeben, lassen sich nach Brandl-

meier (5, S.8) wie folgt formulieren:

1) Betreuung aller Kranken, die keiner spezialisierten Diagnose oder Therapie bedürfen (80 bis 85 % des Krankengutes)

2) Sichtungsfunktion im unausgelesenen Krankengut

3) Erstversorgung in Notfällen aller Fachgebiete

4) Dauerbetreuung der ambulanten chronisch Kranken

5) Dauerbetreuung der bettlägrigen chronisch Kranken im Hause, darunter die unheilbar Erkrankten

6) Beratung in Eheproblemen, sexuellen Problemen, Familienplanung, Beratung bei Erziehungsschwierigkeiten Information über sozialrechtliche, arbeitsrechtliche, versicherungsrechtliche Fragen, sofern sie mit Erkrankungen zusammenhängen, Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, Berentung oder Umschulung

7) Prophylaxe und Prävention

Einige dieser Aufgaben müssen natürlich gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Spezialisten bzw. Institutionen erfolgen.

Weiter läßt sich feststellen, daß das System der Allgemeinpraxis eine hohe Elastizität aufweist, was sich gerade am Zeitaufwand für den einzelnen Patienten gut zeigen läßt. In der Verdenstudie (5) ergab sich, wenn die Patientenbesuche in der Praxis ohne direkten Arzt - Patientenkontakt mit einem Zeitaufwand 0' 0" einbezogen wurden, ein mittlerer Zeitaufwand pro Patient von ca. 1,7 Minuten. Dem steht jedoch der Extremwert von 60 Minuten bei einzelnen schwierigen Patienten gegenüber.

Betrachtet man die diagnostischen Maßnahmen, so findet man in fast allen Arbeiten übereinstimmend, daß bei ca. einem Drittel der Patienten keine, bei einem weiteren Drittel nur geringfügige diagnostische Maßnahmen veranlaßt werden. Auch

beim letzten Drittel sind meist nur gezielte Untersuchungsmaßnahmen nötig (27).

Bei den therapeutischen Maßnahmen schlagen die Rezepturen mit ca. 50 % zu Buche, gefolgt von den Injektionen mit ca. 13 %, Beratungen zur Lebensführung 10 %, weiter "keine therapeutische Maßnahme" mit ca. 8 % und ebenso die physikalischen Behandlungen. Alle weiteren therapeutischen Maßnahmen machen jeweils weniger als 2,5 % aus (27).

B. SCHWERPUNKTE UND AUFGABENSTELLUNG DER ALLGEMEINÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

Beim Versuch, die Tätigkeit der Allgemeinpraxis unter den verschiedenen Blickwinkeln der Beteiligten zu betrachten, wird man schnell bemerken, daß sich diese Aspekte nur schwer trennen lassen. Allzusehr sind die Erwartungen und Ansprüche der einzelnen Gruppen miteinander verwoben. Wenn hier trotzdem ein Versuch der Trennung unternommen wird, so deshalb, um die verschiedenen Standpunkte einmal zu formulieren und zu bewerten.

a) Aus der Sicht des Arztes.

Betrachtet man einen Allgemeinarzt, so ist es meines Erachtens nötig zu untersuchen, mit welchen Voraussetzungen er an seine Tätigkeit geht, welche Situation er vorfindet und wie er schließlich mit dieser zurechtkommt.

Ein angehender Allgemeinarzt kommt im wesentlichen mit der von der Universität und dem Krankenhaus vermittelten Schulmedizin an seinen neuen Arbeitsplatz. Er fühlt sich als Schulmediziner und will Schulmedizin betreiben. Hier beginnen die Probleme. Speziell die Vorstellung der Schulmedizin, vor jeder Therapie habe eine exakte Diagnose zu stehen, gibt ihm nach einer Untersuchung von Braun die Möglichkeit, höchstens 20 bis 25 Patienten pro Tag, bei einem Achtstundentag,

zu beraten (7). Die durchschnittliche Patientenzahl einer Allgemeinpraxis liegt jedoch bei ca. 60 Patienten pro Tag, in unserer Untersuchung bei ca. 40. Eine Ausschöpfung sämtlicher Möglichkeiten zur Rationalisierung bringt nach Braun kaum eine Verbesserung der Situation, da jedes zusätzliche Gerät, jede zusätzliche personelle Praxishilfe wiederum eine höhere Patientenzahl erfordert, um sie rationell zu machen. Zusätzliche Belastungen ergeben sich aus dem Zeitaufwand für Hausbesuche, die sich zwar reduzieren, aber kaum streichen lassen, so z.B. bei Notfällen, im Falle von alten und chronisch kranken Patienten, wie sich besonders auch in unserer Statistik zeigt. Im übrigen käme es beim Wegfallen der Hausbesuche zu einem erheblichen Konflikt mit den Erwartungen der Patienten an den Arzt, die ja heute in immer größerem Maße, wie wir noch sehen werden, die Beziehung zwischen Arzt und Patienten bestimmen.

Betrachtet man dazu den immer mehr zunehmenden Aufwand für die Bürokratie, der besonders durch die Situation entsteht, daß der Arzt als Einzelperson einer immer größeren Anzahl von staatlichen Organisationen des Gesundheitswesens, sowie Organisationen der Kassen gegenübersteht, die genau wissen möchten, was alle Beteiligten am Gesundheitswesen tun und wie es mit der Gesundheit der Gesamtbevölkerung steht (7).

Schließlich ist davon auszugehen, daß der Allgemeinarzt und seine Familie vom Ertrag der Praxis leben müssen. Ich denke, es bedarf dabei keiner Erläuterung, daß eine durchschnittliche Kassenpraxis von 20 bis 25 Beratungen, einschließlich Sonderleistungen, nicht existieren kann.

In dieser Situation findet sich nun ein junger Arzt, der eine Allgemeinpraxis aufbauen will, wie es z.B. im Falle der von uns untersuchten Landpraxis war. Bei älteren Allgemeinärzten stellte sich das gleiche Problem - lediglich zeitlich verschoben - um einige Jahre früher.

Wie verhält sich der Arzt nun in dieser Situation? Zuerst, so scheint es, hat er zwar nicht die Schulmedizin zu vergessen,

es bedarf jedoch einer wesentlichen Umstellung in den Methoden. Insbesondere ist es nötig zu lernen, mit unklaren Fällen und so mit der Unsicherheit zu leben. Braun sagt: "In der Regel bleibt der Fall, bei dem keine charakteristischen Krankheitszeichen und Beschwerden angegeben werden, auch nach der Untersuchung unklar. Man läßt ihn abwartend offen." (7) Ist es also notwendig, sich ein System von Klassifizierungen, hauptsächlich durch langjährige Erfahrung, anzueignen, wie es Braun getan hat, damit abwartendes Offenlassen nicht Untätigkeit, sondern Einsicht in die Notwendigkeit bedeutet, daß die prognostischen Möglichkeiten immer wieder von neuem überprüft werden müssen.

Ein zweiter Punkt wird sich notwendigerweise ergeben, wie beide von uns untersuchten Praxen zeigten. Der Achtstundentag des Allgemeinmediziners nämlich ist bis heute Utopie. Arbeitszeiten von 12 bis 15 Stunden, je nach Jahreszeit, sind die Regel; es müssen dabei durchschnittlich 40 bis 60 Beratungen pro Tag durchgeführt werden. Einmal, um dem Ansturm und den Ansprüchen der Patienten gerecht zu werden, zum anderen, um zu erreichen, daß die Praxis auch finanziell den notwendigen Ertrag erbringt. Dies wird vor allem durch das von den Kassen angewandte Liquidationssystem verursacht, das rasche Abfertigung belohnt und Gründlichkeit finanziell "bestraft". Es müssen "Zettel" gesammelt werden, wie es Braun ausdrückt. Bedenkt man dazu die Leistungen einer Allgemeinpraxis, die kaum quantifizierbar sind (s.u.), so findet sich bereits aus der Sicht des Arztes eine Reihe von Problemen und Schwierigkeiten, die die Arbeit einer Allgemeinpraxis belasten und natürlich zu Reibungen mit den übrigen beteiligten Gruppen führen. Unter Berücksichtigung der erwähnten Voraussetzungen und Schwierigkeiten muß der Allgemeinarzt nun versuchen, "medizinische Freundschaft", wie es Pedro Lain Entralgo (11) bezeichnet, zu seinen Patienten aufzubauen. Ein, wie leicht zu verstehen ist, nicht immer leichtes Unterfangen, insbesondere da sich das Bild des Patienten innerhalb der letzten 50 Jahre laufend und wesentlich gewan-

delt hat, und da die Einflüsse von seiten der Versicherungsträger, des Staates und der Gesellschaft immer schwerwiegender werden.

b) Aus der Sicht des Patienten.

Will man das heutige Bild des Arztes betrachten, so ist ein Blick in die Vergangenheit, zumindest im Zeitraffer, nicht zu umgehen. Man wird nämlich sehr rasch erkennen, daß dieses Bild, wie auch die Arzt - Patientenbeziehung, einem dynamischen Wandel unterliegt, der vor allem durch die persönlich - biographische Struktur beider an dieser Begegnung beteiligten Personen, sowie durch die Gesellschaft, in der diese Begegnung stattfindet, geprägt wird (19). Wir in der heutigen Zeit spüren diesen Wandel in der Beziehung zwischen Arzt und Patienten besonders deutlich.

Wie sah dieser Wandel nun in der Vergangenheit aus, und in welcher Situation befinden wir uns heute? Diese Frage soll im folgenden untersucht werden, da die Arzt - Patientenbeziehung wohl in keinem anderen Fachgebiet derartig im Vordergrund steht und von wesentlicher Bedeutung ist wie in der Allgemeinmedizin, und ein Wandel in dieser Beziehung sich hier zuerst niederschlägt.

Geht man von den Urkulturen oder dem alten Griechenland vor Hippokrates und Alkmaion aus, so vermischen sich in der Medizin aus der Erfahrung gewonnene mit magischen Praktiken. Insbesondere in den Urkulturen ist Kranksein nicht individueller Art, sondern es stellt eine Störung des sittlichen Gleichgewichts der Gemeinschaft dar, die durch die Heilung wieder beseitigt werden muß. Dies geht alle an und spielt sich vor den Augen aller ab. Der Medizinmann oder Priesterarzt ist dabei der Mittler zwischen Gottheit und Gemeinschaft. Die Heilung kann nur gelingen, wenn der Kranke selbst und die Gemeinschaft aktiv mithelfen. Der Medizinmann selbst lebt mit dem Kranken in Lebens- und Leidensgemeinschaft, die Grundlage hierfür ist der gemeinsame Glaube. Hier muß auf eine Entwick-

lung hingewiesen werden, die sicher schon in den Urkulturen beginnt, besonders aber in allen folgenden Perioden bis zum heutigen Tag eine Rolle spielt und wesentlichen Anteil hat an dem Wandel, dem die Arzt - Patientenbeziehung heute unterliegt. Es ist die Zweiklassenmedizin, die Medizin für Reiche und die Medizin für Arme, die das Bild des Arztes in allen Jahrhunderten janusköpfig macht. So hängt das Arztbild des Patienten in der Vergangenheit und auch noch in jüngerer Zeit wesentlich von der Schicht ab, der er angehört. Erst seit Ende des 19. Jahrhunderts tritt hier ein Wandel ein.

Betrachten wir die Beziehung des Arztes zu seinen Patienten im klassischen Griechenland und in Rom, so lassen sich zwei neue Aspekte festhalten, die Versachlichung und Entmythologisierung der Medizin, sowie die Einbeziehung der individuellen Person des Patienten. Beides geschieht auf der Grundlage der Naturphilosophie, die Natur wird als oberste Norm, gleichsam als das Göttliche betrachtet. Aus dieser Haltung heraus wird dem Menschen, wie Plato es formuliert, philia - Freundschaft entgegengebracht. Diese Freundschaft besteht für Plato und Aristoteles darin, das Wohl des Freundes zu wünschen und zu fördern, wobei der Freund als individuelle Verwirklichung der menschlichen Natur verstanden wird (11). Aus dieser Haltung nun übt auch der Arzt seinen Beruf aus, mit ihr begegnet er dem Patienten, den er als seinen Freund betrachtet und somit als individuelle Verwirklichung der Natur. Der Arzt dieser Zeit erkennt also eine über allem stehende Norm, die Natur, an. Nichts darf den Arzt dazu bewegen, diese Norm zu verletzen, dies geht so weit, daß er einem unheilbar Kranken nicht helfen darf, ja, daß er dies dem Kranken sogar mitteilen muß, um als Arzt nicht gegen seine Kunst zu verstoßen, die ihm verbietet, gegen die Gesetze der Natur zu handeln. In der Schrift "de arte des corpus Hippocraticum" heißt es: "Ich meine, es ist der Zweck der Medizin, die Kranken von ihren Leiden zu befreien, die schweren Anfälle der Krankheit zu lindern und diejenigen Kranken nicht zu behandeln, die schon von der Krankheit beherrscht sind, denn man weiß ja, daß die

Kunst in einem solchen Fall nichts vermag" (Littresche Ausgabe VI, 4 - 6). Auch auf die Art, wie der Arzt dem Patienten begegnen soll, wird im corpus Hippocraticum (Über den Arzt und Über das Schickliche) eingegangen. Der Arzt soll anständig und sauber gekleidet sein und sich diskret parfümieren, "denn all dies ist dem Kranken angenehm". Der Arzt soll weiter ein ehrbares, ordentliches Leben führen und im Umgang ernst und menschenfreundlich sein, er soll weder scherzhaft noch ungerecht wirken, muß aber allzu große Strenge vermeiden und immer Herr seiner selbst sein" (Littre IX, 204 - 206).

Im frühen Mittelalter geht vieles vom Wissen der Medizin des Altertums verloren, bzw. es ist nicht greifbar, da es zu kaum einem Austausch mit der arabischen Kultur kommt, die über das Wissen der klassischen Zeit verfügt. Man kann sagen, es erfolgt eine Remythologisierung, wie man am Glauben an Gottesurteile und an die Unterscheidung zwischen natürlichen und übernatürlichen Heilmitteln sehen kann. Freipraktizierende Ärzte gibt es in dieser Zeit kaum, die Medizin befindet sich fast vollständig in den Händen der Klöster, bis dies durch einige Konzilien langsam unterbunden wird, und so eine klare Grenze zwischen Krankenpflege und Medizin gezogen wird. Die Begründung dafür lautet: "Ecclesia ab horret sanguinem". (19)

Trotzdem bringt das Mittelalter einen wesentlichen Begriff neu in die Beziehung zwischen Arzt und Patient ein, die Nächstenliebe, Caritas oder Agape. Sie unterscheidet sich insofern von der philia, als man jemanden als Nächsten betrachtet, nur weil er Mensch ist, man braucht ihn nicht als Einzelpersönlichkeit zu kennen; so verfuhr z.B. der barmherzige Samariter. Trotz dieser neuen Betrachtungsweise war man auch in dieser Zeit weit davon entfernt, die Unterscheidung zwischen Medizin für Arme und Reiche aufzugeben, wie man am Hof- oder Leibarztwesen, bzw. den Ärzten des aufstrebenden Bürgertums in den Städten, sehen kann. Besonders auffällig wird der Unterschied, betrachtet man im Gegensatz dazu die Zustände in

den armen Spitälern dieser Zeit. Nur wenig Städte machten hier eine Ausnahme, bezeichnenderweise die mit den offensten Gesellschaften und stärksten Außenkontakten, wie z.B. Venedig und Florenz. Eine Änderung der Verhältnisse zumindest in bezug auf das medizinische Wissen trat mit dem Beginn der Neuzeit ein. Die Kenntnisse der Medizin des Altertums standen wieder zur Verfügung, dazu kam der Aufstieg der Naturwissenschaften. Im Verhältnis des Arztes zu seinem Patienten änderte sich auch mit dem Aufstieg des Bürgertums nicht viel. Es wurde grob gesagt von zwei Arztbildern geprägt, dem Wunderarzt und Scharlatan für die arme Bevölkerung und dem standesbewußten Arzt des gehobenen Bürgertums. Gerade letztere achteten jedoch sehr oft so sehr auf ihren Stand, daß diese Ärzte eine eigenhändige Untersuchung des Patienten, die über das Pulsfühlen hinausging, ablehnten, um den Kranken nicht berühren zu müssen. Dazu kommt, daß Arzt und Patient beinahe nie unter vier Augen zusammentrafen. Hiermit erklärt sich die große Distanz zwischen Arzt und Patient in dieser Zeit.

Daß es auch damals schon andere, neue Ideen gab, zeigt Leibnitz, der schon im Jahre 1662 ein gesundheitliches Versorgungssystem vorgeschlagen hat, das eine Arztdichte und Verteilung ähnlich der der Pfarrer vorsah (19). Erste Ansätze zur Verwirklichung solcher Pläne wurden in der Zeit des Aufgeklärten Absolutismus des 18. Jahrhunderts gemacht. Allerdings war die wirtschaftliche Basis für eine ausreichende Zahl von Ärzten in dieser Zeit nicht vorhanden. Oft waren die Ärzte von ihren Patienten abhängig, oft war es auch umgekehrt. Es traten dadurch zahlreiche Mißstände auf, die man dadurch zu verhindern suchte, daß man im 18. und 19. Jahrhundert Medizinkollegien gründete, die als Aufsichtsbehörde alle praktizierenden Heilkundigen weitgehend kontrollierten. In zunehmendem Maße trat zu dem Leibarztwesen der Herrschenden der Militärarzt, der die Versorgung der Zivilbevölkerung übernahm, die sich keinen eigenen Arzt leisten konnte.

Das 19. und das beginnende 20. Jahrhundert sollte man nun etwas genauer betrachten, denn in dieser Zeit treten zwei wesentliche Entwicklungen ein, die im Wandel der Arzt - Patientenbeziehung noch heute wirken. Sie lassen Zusammenhänge mit der Weiterentwicklung der gesamten Gesellschaft, der Technik und der Medizin erkennen und gehorchen dabei in gewissen Grenzen der Gesetzmäßigkeit von Aktion und Reaktion. Die medizinische Praxis im 19. Jahrhundert bietet zunächst im großen und ganzen drei Formen der ärztlichen Hilfe in der säkularisierten bürgerlichen Gesellschaft: Die Armen werden im Krankenhaus behandelt, der Mittelstand im eigenen Haus oder in dem des Hausarztes, die Oberschicht ebenso im eigenen Haus oder in dem des "Spezialisten". Als Subjekt konnte sich in der Regel nur der Kranke der beiden letztgenannten Gruppen fühlen. Der Arme war im Grunde meist nur Objekt der Medizin, er wurde, wenn er Glück hatte, in einem der berühmten, großen Hospitäler behandelt, in der Salpêtriér in Paris, in der Charité in Berlin, im Londoner Guy's Hospital oder im Hospital General in Madrid. Diesen Häusern standen meist berühmte Ärzte vor, die in den meisten Fällen jedoch hauptsächlich der Fortschritt der medizinischen Wissenschaft in Diagnostik und Pathologie interessierte. Der Drang, das Neuland zu entdecken, das man betreten hatte, beherrschte die großen Ärzte dieser Zeit, die sich hauptsächlich als Forscher verstanden. In Wien um 1850 sagten die armen Bürger mit Ironie: "In Wien haben die Kranken das große Glück, von Skota eine vorzügliche Diagnose und Rokitansky eine ausgezeichnete Autopsie zu bekommen" (11, S.113). Von Skota gibt es die Anekdote, daß er nach einer gestellten Diagnose keine Verordnung angibt. Auf die Frage des anwesenden Krankenwärters antwortet er: "Ach, das ist ja alles eins". Der therapeutische Nihilismus wird jedoch etwas verständlich, wenn man an die Medikamente denkt, die um 1840 zur Verfügung stehen, und an die Beschränktheit der übrigen therapeutischen Möglichkeiten. Eines wird jedoch deutlich, der arme Kranke ist zu dieser Zeit oft reines Objekt und in-

teressiert als Persönlichkeit kaum, auch wenn es Ausnahmen wie z.B. Prof. San Martin, Chirurg in Madrid, gibt.

Eine wesentliche Änderung tritt nun mit Beginn der Sozialgesetzgebung im Jahre 1883 ein. Es kommt zu dem, was Pedro Lain Entralgo als "Aufstand des Subjekts" bezeichnet. Viktor von Weizäcker sagt darüber: "Die Einführung des Subjekts in das Denken und Handeln des Arztes ist vielleicht die tiefste und charakteristischste Eigentümlichkeit der modernen Medizin." Das Bild wandelt sich dahin, daß der Kranke, aus seiner zunehmenden materiellen Absicherung heraus, Anspruch erhebt auf ärztliche Hilfe, die ihm zusteht. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient erhält zunehmend vertraglichen Charakter, der Arzt hat eine Dienstleistung zu erbringen, die bezahlt wird und entsprechend bestmöglich zu sein hat. Doch bestehen über diesen vertraglichen Charakter dieser Beziehung hinaus Erwartungen an den Arzt.
Der Soziologe Talcott Parson formuliert sie als "institutionalisierte Erwartungen":

1) affektive Neutralität des Arztes, d.h. die Rollenerwartung des sachlich begründeten Handelns,

2) die Rollenerwartung der Uneigennützigkeit,

3) die uneingeschränkte Bereitschaft zur Hilfeleistung,

4) die Verpflichtung des Arztes speziell an den einzelnen Kranken. (19)

Wie man leicht ermessen kann, entstehen aus der einerseits zunehmenden Vertraglichkeit zwischen Arzt und Patient, die sich aus der Sicht des Patienten zum großen Teil auf der materiellen Ebene der Leistung und Gegenleistung bewegt, und den andererseits hohen moralischen Ansprüchen an den Arzt leicht Konflikte. Bedenkt man dazu die Erwartungen, die von Politikern, aber auch den Kassen in den Jahren des "Wirtschaftswunders" in bezug auf Kurwesen und Vorbeugemedizin geweckt wurden, so wird leicht verständlich, daß bei vielen Patienten immer mehr der Eindruck entstand, im Gesundheitswesen sei alles möglich. Mit diesen Erwartungen wird natür-

lich als erster und am häufigsten der Allgemeinarzt konfrontiert. Freilich ist dabei zu beachten, daß sich die Gesellschaftsstruktur durch Technisierung und Industrialisierung mit ihren Folgen wesentlich verändert hat. Dadurch haben sich auch die Belastungen des einzelnen von der chemischen und physikalischen Belastung des Arbeiters vor 70 Jahren hin zu einer zunehmend psychischen Belastung heute verändert (12). Diese veränderte soziale Landschaft bedingt natürlich auch einen Wandel in den Ansprüchen und Bedürfnissen des Patienten, die er an den Arzt, speziell den Allgemeinarzt, heranträgt. Bevor der Patient den Arzt aufsucht, macht er einen komplizierten Entscheidungsprozeß durch, wie J. v. Troschke (10) zeigt, der durch eine Vielzahl von Faktoren seiner Person und seiner sozialen Umwelt bestimmt wird. Um kurz die veränderten Bedürfnisse aufzuzeigen, sei erwähnt, daß heute mindestens 15 % der Patienten einer Allgemeinpraxis Störungen psychischer oder psychosomatischer Art haben. Diese Angabe wird auch durch unsere Arbeit unterstützt. Nach einer Verbundstudie von Bochnik (4) sind das

28 % familiäre Konflikte
20 % Konflikte in den wirtschaftlichen Verhältnissen
14 % Konflikte der Vereinsamung
11 % Ehrgeiz- und Geltungskonflikte
6 % Wohnungskonflikte.

Aus dieser Sicht ist die Renaissance des Allgemeinarztes leicht zu verstehen, andererseits aber auch die Veränderung seines Aufgabenbereichs zu nichtmedizinischen Bereichen hin, die zunehmende Bedeutung des Gesprächs, sowie der Kooperation mit nichtmedizinischen Berufen, besonders den Sozialberufen. Vielleicht kann man die Situation des Patienten mit folgenden drei Punkten beschreiben:

1) Die Rolle des Kranken läßt sich nach Talcott Parson in der heutigen zivilisierten Gesellschaft wie folgt definieren:

a) der Kranke ist während seiner Krankheit von den sozialen Verpflichtungen befreit, die zu seinen Funktionen gehörten, solange er gesund war.

b) der Kranke kann sich nicht selbst von seiner Krankheit befreien, wenn er sich auch noch so sehr bemüht. Er ist deshalb in seiner Rolle als Kranker von sozialer Verantwortung frei.
Aber

c) der Kranke ist verpflichtet, "gesund werden zu wollen".

d) der Kranke ist verpflichtet, ärztliche Hilfe zu verlangen und mit dem Arzt, der sie ihm gewährt, zusammenzuarbeiten (12, S.216,217).

Dies zeigt, daß der Kranke Rechte, aber auch Pflichten hat, insbesondere, daß er nicht das Recht hat, sich durch seine Krankheit "antisoziale" Vorteile zu verschaffen.

2) Dem Patienten muß klar sein, daß seine wachsenden Ansprüche an den Arzt und die jeweils bestmögliche medizinische Hilfe sehr viel und zunehmend mehr Geld kosten, das letztlich er als Mitglied dieser Gesellschaft verdienen muß.

3) Es wächst zunehmend die Einsicht, insbesondere beim Patienten, daß die aufwendige apparative und spezialisierte Medizin den notwendigen Fällen vorbehalten sein soll. Immer mehr legt der Patient Wert auf das persönliche beratende und therapeutische Gespräch mit dem Arzt, der ihm bekannt ist, der seine Lebensumstände kennt. Probleme, die dabei aus der Sicht des Patienten auftreten, sind vor allem die kurze Beratungszeit, die dem Arzt für den einzelnen zur Verfügung steht, sowie relativ lange Wartezeiten besonders in den Allgemeinpraxen. Hier sind sicher noch neue Überlegungen und Verbesserungen nötig.

c) Aus der Sicht des Staates und der Gesellschaft

Bei der Betrachtung dieses Punktes wird man gezwungenermaßen auf eine Reihe bereits angesprochener Punkte stoßen. Wie nämlich gezeigt wurde, treffen Arzt und Patient als Glieder der jeweiligen Gesellschaft und des jeweiligen Staates aufeinander.

Geht man wieder kurz von der Historie aus. Während in der Zeit vor dem 18. Jahrhundert die Krankheit im großen und ganzen, sieht man einmal von den Urkulturen ab, eine Privatsache war und damit auch die Versorgung der Kranken Sache seiner Angehörigen, evtl. noch caritativer Einrichtungen, blieb, änderte sich das Bild im Zeitalter des aufgeklärten Absolutismus. Der Herrscher fühlte sich in seiner Funktion als "pater familias" zunehmend auch für das gesundheitliche Wohlbefinden seiner Untertanen verantwortlich (19). Der wesentliche Wandel beginnt dann im Jahre 1883 mit der Sozialgesetzgebung. Gerade Ärzte sind es in dieser Zeit, die die Bedeutung der sozialen Umwelt für die Gesundheit entdecken und erstmals mit Studien belegen, wie z.B. Mosse und Tugendreich 1921 mit dem Sammelwerk "Krankheit und soziale Lage". Ähnlich sieht es in England aus, wo bereits im Jahre 1821 C. Turner Thackrah den Zusammenhang von sozialer Umwelt und Krankheit erforscht. Diese Liste ließe sich beliebig verlängern. In Deutschland fordert Virchow, der Arzt solle "als Anwalt der Armen" tätig werden.

In den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg kommt es dann zur Ausbildung der heutigen Sozialstaaten, die durch die Gründung ihrer Gesetzgebung auf die Menschenrechte, wie sie etwa in der entsprechenden Konvention der UN niedergelegt sind, zu ihrem politischen Programm machen, was seit den Anfängen unseres modernen Gesundheitswesens das Ziel ärztlicher Standespolitik ist, nämlich die Erreichbarkeit medizinisch-ärztlicher Leistungen für jeden Bürger. Möglich wird dies durch den Fortschritt der Wissenschaften Chemie, Physik, Medizin und anderer, durch den immensen Fortschritt der Technik und nicht zuletzt durch den rapiden wirtschaftlichen Aufschwung, der die finan-

ziellen Grundlagen schafft. Dem Bürger wird durch Politiker und Meinungsträger der Gesellschaft immer wieder deutlich gemacht, daß er Anspruch auf diese medizinisch-ärztlichen Leistungen hat, und zwar auf die besten. Das Gesundheitssystem, das sich dabei entwickelt, ist jedoch das absichtslose Produkt sozialgeschichtlicher Prozesse, und es wird nach Meinung von Chr. v. Ferber (13) durch drei Prinzipien determiniert, die eine bedürfnisgerechte und fortschrittliche Entwicklung verhindern. Diese Prinzipien sind:

1) Konzentration der medizinischen Forschung, die den praktischen Arzt aus dem Forschungsprozeß ausgegliedert hat,

2) Patientensteuerung des Gesundheitswesens,

3) therapeutische Entmündigung des Patienten.

Gerade die Allgemeinmedizin geriet durch diese Entwicklung in den fünfziger und sechziger Jahren in eine äußerst schwierige Situation. Der Spezialist in der Universitätsklinik war die Forderung der Stunde. Nur er verfügte nach der Meinung der Patienten über die neuesten Forschungsergebnisse und konnte sie anwenden, und auch nur er verfügte über die modernsten und aufwendigsten Apparate. Was sollte da noch der Allgemeinarzt, so fragten sich nicht nur die Patienten, sondern auch die Gesundheitspolitiker und, man muß es sagen, in vielen Fällen auch die Allgemeinärzte selbst. Allenfalls eine Verteilerfunktion wollte man der Allgemeinmedizin noch zugestehen. Was aber führte dann in letzter Zeit zur Renaissance der Allgemeinpraxis und der Aufmerksamkeit, die ihr nun plötzlich wieder vom Patienten, vom Politiker und von der Forschung geschenkt wird?

Ich meine vor allem zwei Entwicklungen sind dafür verantwortlich. Erstens, man bemerkte die ins unermeßliche steigenden Kosten des Gesundheitswesens, die sicher vielfache Ursachen haben, und man stellte dabei mit Schrecken fest, daß trotz dieser immensen Kosten die gewandelten Bedürfnisse der Gesellschaft und des einzelnen Patienten nicht befriedigt werden konnten. Gerade der Glaube des Patienten an die speziali-

sierte apparative Medizin geriet ins Wanken, als er bemerkte, daß in den häufigsten Fällen nicht eine komplizierte Diagnostik und Therapie, sondern die seine gesamte Persönlichkeit umfassende, psychosomatisch orientierte Therapie seine Probleme wirklich erfaßte. Bezeichnenderweise führte jedoch nicht der zuletzt erwähnte Punkt zu den ersten großen öffentlichen Diskussionen, sondern die erwähnten wirtschaftlich-finanziellen Gründe, die zu einem Notruf der Krankenversicherer führten, die immer tiefer in die Taschen ihrer Mitglieder greifen mußten.

d) Aus der Sicht der Versicherungsträger.

Dieser Punkt läßt sich wohl kürzer fassen, denn die Kassen unterliegen seit ihrem Bestehen den selben Entwicklungen wie die bereits besprochenen Gruppen. Es muß dabei natürlich festgestellt werden, daß das Kassenwesen eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung unseres heutigen Gesundheitssystems dargestellt hat und noch darstellt. Die Kassen ermöglichten es, den Unterschied zwischen der Medizin für Arme und Reiche zunehmend auszugleichen. Die Kassen liefern die wirtschaftliche Grundlage dafür, daß die Ansprüche der Bürger an das Gesundheitswesen und natürlich auch die wirtschaftlichen Ansprüche der Ärzte befriedigt werden können. Lange Zeit, besonders in den Zeiten des Wirtschaftswunders nach dem Zweiten Weltkrieg, konnten sie dies auch nahezu reibungslos, ja, die Kassen beschleunigten das Erwartungskarussell sogar. Wie wir bereits darstellten, änderte sich dies plötzlich mit dem Aufkommen der Wirtschaftsflaute Anfang der siebziger Jahre, als die finanziellen Grenzen erreicht schienen. Hier setzte nun ein Umdenkungsprozeß bei den Kassen ein.

Das Arzt - Patientenverhältnis wird freilich gerade durch die Kassen nicht selten beeinträchtigt. Gerade in der Praxis des Allgemeinarztes droht die immer weiter fortschreitende Bürokratisierung, die zum großen Teil von den Kassen verursacht wird, den persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patienten einzuschränken und zu stören. In dem Beziehungsdreieck Arzt -

Patient - Kasse kommt diesem Problem eine besondere Bedeutung zu. Arzt und Patient sind Einzelpersonen, die eine äußerst komplexe, persönliche Beziehung verbindet, dem steht nun der Koloß der Kassenbürokratie gegenüber; die Gefahren der Beeinflussung und der Entstehung von Abhängigkeit stehen hier deutlich im Raum. Die Probleme der einzelnen Arztpraxis mit der Kassenbürokratie sind zahlreich und bekannt, z.B. die zunehmende Formularflut, die steigende Flut von Vorschriften, die zu beachten sind, der Zwang, Zettel zu sammeln, wie es Braun ausdrückt, und die damit oft fehlende Zeit zum persönlichen Gespräch mit dem einzelnen Patienten. Neue Probleme kommen in letzter Zeit hinzu, denkt man z.B. an den Datenschutz und die damit verbundene Problematik der ärztlichen Schweigepflicht. Hier sind sicher neue Modelle zu erproben, wenn die Kassen ihre Aufgaben erfüllen wollen, andererseits aber der unverzichtbare Freiraum der persönlichen Arzt - Patientenbeziehung nicht gestört werden soll.

e) Aus der Sicht der Allgemeinheit, insbesondere der Presse.

Die öffentliche Meinung wird heute im wesentlichen durch die großen Meinungsträger Funk, Fernsehen und Presse geprägt. Verfolgt man dort die Diskussionen über das Gesundheitswesen und die Ärzteschaft, so ist man häufig erschreckt über die Erbitterung und Aggressivität, mit der diese Diskussionen geführt werden. Doch kann man es sich wirklich so leicht machen und über eine unverständliche und unbegründete Hetzkampagne gegen eine kleine Berufsgruppe sprechen? -- Ich meine nicht!

Zuerst ist es nötig festzustellen, daß sich die Kritik am ärztlichen Beruf manchmal gar nicht so sehr gegen den Arzt als Person, sondern an ihn im Rahmen seiner Berufsausübung richtet (15). Betrachtet man dazu die gewaltige Veränderung der einzelnen relevanten Gruppen und damit der gesamten Gesellschaft im Laufe der Geschichte, wie wir aufzuzeigen versuchten, so werden die immensen Spannungen verständlich, die gerade in den letzten Jahren im Zuge einer beschleunigten Entwicklung entstanden. Wir haben ja gesehen, daß die Beziehung Arzt - Patient als auch die mit den beigeordneten Insti-

tutionen und Personengruppen einem steten Wandel unterliegen, ja unterliegen müssen, wenn die ärztliche Hilfe für den einzelnen, der ja Glied seiner Gesellschaft ist, optimal sein und bleiben soll. An die praktische Medizin, vor allem an die niedergelassenen Ärzte und damit besonders an die Allgemeinärzte, richten sich also die anspruchsvollen gesundheitspolitischen Erwartungen einer entwickelten Industriegesellschaft (4). Die Ärzte geraten dabei unter einen erheblichen gesundheitspolitischen Aufgabendruck, sie sind zu Innovationen in organisatorischem Neuland aufgerufen, und es ist durchaus verständlich, daß sie ihr überkommenes Selbstverständnis in der Erfüllung ihrer Berufsaufgaben in Frage gestellt fühlen (12). Eine so entstandene momentane Abwehrhaltung der Ärzteschaft erklärt sich leicht. Diese starken Spannungen spiegeln sich heute in aller Härte in der Öffentlichkeit wider. Dennoch fragt man sich bisweilen, ob das Negativimage des Arztes, das heute in der Presse vorherrscht, wirklich unvermeidlich war. Bei der Beantwortung dieser Frage stößt man unweigerlich auf erhebliche Fehler in der Öffentlichkeitsarbeit, besonders der ärztlichen Standesvertretungen, die durchaus vermeidbar gewesen wären. Allzulange überließ man die Stellungnahmen in der Öffentlichkeit einzelnen Standesvertretern und Funktionären, während die Ärzteschaft selbst lange Zeit keinen Anlaß sah, sich an Denkmodellen für Reformen zu beteiligen. Später zog sie sich dann erst verschreckt, dann verbittert in ihren Schmollwinkel zurück. Aus dieser Defensivhaltung heraus wurden dann mangels wissenschaftlich gesicherter Standorte ideologisch begründete verbale Kraftakte unternommen, die das Klima mehr anheizten, als zu einer Klärung beizutragen (12). Erst in jüngster Zeit, mit der zunehmenden Bedeutung der Sozialmedizin, sowie der an Bedeutung gewinnenden Forschung in der Allgemeinmedizin mit ihren wissenschaftlichen Veröffentlichungen, tritt hier ein Wandel ein.

C. LÜCKENHAFTIGKEIT DER VORSTELLUNG VON ÄRZTLICHER TÄTIGKEIT UND ARZTBILD

Ohne Schwierigkeit wird, wenn man das bisher Gesagte betrachtet, verständlich, daß die Vorstellung von ärztlicher Tätigkeit und das Bild vom Arzt, speziell das des Allgemeinarztes, äußerst lückenhaft sein muß. Schauen wir nur kurz auf die immensen historischen Entwicklungen zurück, die Staat und Gesellschaft und damit der Arzt und der Patient als deren Glieder durchgemacht haben, und betrachten dazu die heute besonders schnell vor sich gehenden Veränderungen all dieser Beteiligten und setzen dagegen die seit etwa 25 Jahren zaghaft beginnende Beschäftigung mit dem niedergelassenen Allgemeinarzt, so kann von echter wissenschaftlicher Forschung auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin erst seit sehr kurzer Zeit, vielleicht erst seit der Schaffung der ersten Lehrstühle in diesem Fachgebiet, gesprochen werden. Diese riesige Diskrepanz, die sich hier auftut, erklärt leicht die Lückenhaftigkeit der Vorstellungen aller an der Diskussion über die Allgemeinpraxis Beteiligten. Sie erklärt außerdem die bisher so geringe Wissenschaftlichkeit, aber um so größere Emotionalität und Ideologisierung dieser Diskussion. Denn selbst innerhalb der einzelnen Gruppen gehen die Ansichten weit auseinander, wie sich z.B. an der Gegensätzlichkeit der Vorstellungen von R.N. Braun, dem Vater der Forschung über die Allgemeinpraxis, und den Vorstellungen und Forderungen des Sozialmediziners J. v. Troschke zeigt.

R.N. Braun sagt in seinem Buch "Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis": "Man erwartet derzeit aber vom Allgemeinpraktiker, ohne sich den Kopf darüber zu zerbrechen, ob das realisierbar ist, nicht nur die Anwendung der erlernten somatisch orientierten Krankenhausmedizin. Obschon er dazu nicht entfernt die nötige Zeit und Mittel haben kann, soll er außerdem breitest Prophylaxe betreiben, als Hausarzt ein Lebensführer und dazu psychologisch, sozialmedizinisch und psychosomatisch geschult und tätig sein. Und das ist noch lange nicht alles." (7)

Jürgen von Troschke dagegen fordert als Anpassung der Allgemeinpraxis an die veränderten Gegebenheiten:

1) Das Krankengut des Allgemeinpraktikers ist nicht repräsentativ für die Beschwerden und Krankheiten der Menschen seines Einzugsgebietes. Auch durch sein Verhalten gegenüber seinen Patienten beeinflußt der Arzt das Gesundheits- und Krankheitsverhalten. Indem er die Probleme und Beschwerden seiner Patienten ernstnimmt und auf sie eingeht, kann er sie davor bewahren, soziale Konflikte somatisieren zu müssen.

2) Ein großer Anteil des Krankengutes umfaßt Krankheiten, bei denen psychosoziale Faktoren wesentlich wirksam sind. Hier nützt oft schon ein klärendes Gespräch.

3) Die Isolation des Allgemeinpraktikers in der Einzelpraxis ist zu durchbrechen und angemessene Formen der Kooperation mit Kollegen sind zu entwickeln, insbesondere mit dem Krankenhaus, psychosomatischen und Eheberatungsstellen, mit Sozialarbeitern, Psychologen und Psychotherapeuten.

4) Bei psychischen Krankheiten, die sich z.B. in suiziden-, Alkohol- und anderen Süchten auswirken, kann er durch sein Vertrauensverhältnis und durch vorwiegend zuhörende Gespräche oft in der Initialphase der Krankheit helfen und auf die Krankheitsentwicklung einwirken (30).

Doch auch die in diesen Forderungen enthaltene Vorausplanung des Gesundheitswesens und speziell des Arbeitsfeldes des Allgemeinarztes wird von einer Vielzahl von Ärzten als "Planwirtschaft" und "Eingriff in die Evolution des Gesundheitswesens" für schädlich, ja undurchführbar gehalten und damit abgelehnt (4). Es wird sehr deutlich, daß bis heute nicht einmal die Stoffsammlung zu diesem Problem abgeschlossen ist, und damit auch die Diskussionen noch lange anhalten werden. Auch wenn ein Endpunkt nie erreicht werden kann, da es sich um dynamische Prozesse handelt, wird es doch nötig sein, sich auf einer Generallinie zu einigen und jeweils mittelfristige Entwicklungsvorstellungen zu erreichen.

III. FRAGESTELLUNG

A. WO LIEGT DER SCHWERPUNKT DER ALLGEMEINÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT?

Hier interessiert neben der Häufigkeit der einzelnen Diagnosen auch die Zusammensetzung der Klientel nach verschiedenen Kriterien, sowie der zahlenmäßige Anteil der Hausbesuche an den Arzt - Patientenkontakten. Dazu wurde der Grund, aus dem ein Patient die jeweilige Praxis aufsuchte, aufgezeichnet.

B. WIE IST DIE VERTEILUNG QUANTIFIZIERBARER UND NUR SCHWER QUANTIFIZIERBARER LEISTUNGEN AM BEISPIEL BEIDER PRAXEN?

Bei diesem Punkt wollen wir das Augenmerk insbesondere auf die Gesprächsführung und die dabei berührten Themen richten. Die quantitative Erfassung fällt hier besonders schwer, trotzdem unternahmen wir diesen Versuch, da es über diesen Punkt bisher nur wenige Erhebungen gibt, aber andererseits das Gespräch zwischen Arzt und Patient immer größere Bedeutung gewinnt.

C. IN WELCHEM UMFANG WIRD DER ALLGEMEINARZT MIT NOTWENDIG ZU BEARBEITENDEN, JEDOCH NICHT IM ENGEREN SINNE ÄRZTLICHEN LEISTUNGEN BELASTET?

Auch bei diesem Punkt interessiert insbesondere das Gespräch, das häufig über rein medizinische Themen hinausgeht. Der Gesprächsbereitschaft des Arztes auch über Lebensprobleme wird von seiten der Patienten immer größere Bedeutung beigemessen. Andererseits wird auch heute noch eine Beratung, gleich wie lange sie dauert, von den Kassen mit 7,15 DM honoriert. Daraus entstehen erhebliche Interessenkonflikte zwischen der wirtschaftlichen Notwendigkeit einer Praxis und den Bedürfnissen der Patienten. Auch die Organisation einer Praxis wird von den gewandelten Bedürfnissen der Patienten, gerade in diesem Punkt, erheblich betroffen.

D. WELCHEN STELLENWERT HAT FÜR DEN ALLGEMEINARZT DIE BEHANDLUNG AKUT KRANKER UND LANGE ZEIT BEHANDLUNGSBEDÜRFTIGER PATIENTEN?

Das Auftreten dieser beiden Gruppen von Patienten erschwert die Organisation einer Allgemeinpraxis erheblich, insbesondere die Vorherplanbarkeit des täglichen Patientendurchgangs. Dies führte z.B. in der untersuchten Stadtpraxis, die als Bestellpraxis organisiert ist, trotz aller Vorausplanung immer wieder zu erheblichen Wartezeiten. Andererseits gewinnt die zunehmende Zahl der lange Zeit zu betreuenden chronisch Kranken in der Aufgabenstellung in der Allgemeinpraxis immer größere Bedeutung.

Einmaliger Fragebogen je Praxis

Fragen an den Arzt zu seiner Praxis

Datum:
Name des Arztes:
Alter des Arztes:

Landpraxis:
Stadtrandpraxis:
Stadtpraxis:

Ungefähre Größe der Praxis:
(Zahl der Scheine pro Quartal ca.)

Organisation der Praxis:

Bestellpraxis:

Schwerpunkttage:
(z.B. Kindersprechstunden, Stoffwechselsprechstunden usw.)

Konventionelle Praxis:

Sprechstundenzeiten und Tage:

Besondere Zusatzaufgaben der Praxis:
(z.B. Heime, Betriebe usw.)

Bestimmte Vorstellungen des Arztes zu den Aufgaben und dem Betrieb seiner Praxis (z.B. Schwerpunkte und Fernziele seiner Arbeit; Zusammensetzung seines Patientenklientels; Einflüsse von außen auf die Praxisarbeit usw.):

IV. ANGABEN ZU PATIENTENGUT, PRAXISSTRUKTUR, AUFBAU DER UNTERSUCHUNG UND AUSWERTUNG

A. ANGABEN ZU PATIENTENGUT UND PRAXIS

Die Angaben zu diesem Punkt wurden mit Hilfe eines einmaligen Fragebogens für jede von zwei Praxen erhoben (Stadtpraxis und Landpraxis). Es gilt dabei der Stand von Ende Oktober 1977. Beide Praxen liegen im fränkischen Raum und sind ca. 30 km voneinander entfernt. Die Auswahl der Praxen erfolgte willkürlich, beide Allgemeinärzte waren sich nicht persönlich bekannt.

1) Stadtpraxis

Die Stadtpraxis liegt am Rande des Zentrums einer Universitätsstadt mit ca. 120 000 Einwohnern. Sie ist Bezirkshauptstadt und hauptsächlich durch Beamte, Angestellte, Studenten, Schüler, kleinere Industriebetriebe sowie Handwerksbetriebe geprägt. Großbetriebe gibt es nur einige wenige. Die Stadt verfügt über eine Universitätsklinik, zwei weitere große Krankenhäuser und mehrere Belegkliniken. Die Versorgung der Bevölkerung durch niedergelassene Fachärzte ist sehr gut. Allgemeinpraxen gibt es 106 am Ort.

Die Stadtpraxis besteht seit ca. 25 Jahren am gleichen Ort, der Allgemeinarzt war bei Beginn der Arbeit 63 Jahre alt. Die Praxis führt pro Monat ca. 950 Beratungen durch, davon sind ca. 170 Hausbesuche. Sie verfügt über ein kleines Labor, sowie physikalische Behandlungsmöglichkeiten, ebenso können gynäkologische Untersuchungen durchgeführt werden. Es werden eine MTA, zwei Arzthelferinnen, sowie eine Auszubildende beschäftigt. Die Praxis ist als Bestellpraxis organisiert, wobei ca. 70 % der Patienten täglich vorangemeldet sind, ca. 30 % kommen unangemeldet aus aktuellem Anlaß. Dadurch, daß ca. 1/3 der Patienten unangemeldet die Praxis aufsucht, kommt es trotz weitmaschiger Zeitplanung immer

wieder zu Wartezeiten bis zu 1 1/2 Stunden. Die Sprechstunden finden täglich außer Samstag und Sonntag von 9 bis 12 Uhr, sowie Montag und Freitag von 16 bis 18 Uhr statt. Die Hausbesuche werden je nach Notwendigkeit in den übrigen Stunden durchgeführt. Als Schwerpunkttage sind Labortage am Montag und Dienstag jeweils vormittags eingeführt. Patienten, bei denen größere Untersuchungen, z.B. für Gutachten, nötig sind, bzw. Problempatienten werden an den sprechstundenfreien Nachmittagen einbestellt. Vorsorgeuntersuchungen werden jeweils nach den Früh- und Abendsprechstunden durchgeführt. Als besondere Zusatzaufgabe betreut die Praxis ein Altersheim mit ca. 60 Personen, in welchem wöchentlich einmal eine Sprechstunde abgehalten wird. Zusätzlich wird ein Kloster mit einem Konvent von ca. 20 Frauen betreut. Diese Zusatzaufgaben wurden in unserer Arbeit nicht berücksichtigt.

Bei der Frage nach den Vorstellungen des Arztes, die er von seinen Aufgaben und vom Betrieb seiner Praxis hat, wird zu Protokoll gegeben, daß bei neuen, dem Arzt nicht bekannten Patienten vor allem eine umfassende Anamnese mit nachfolgender genauer körperlicher Untersuchung für unbedingt nötig gehalten wird. Bei länger dauernder Behandlung wird eine regelmäßige Überwachung in dem Patienten individuell angepaßten Zeitabständen für wichtig gehalten. Als weiteren wesentlichen Punkt seiner Arbeit bezeichnet der Allgemeinarzt, Problempatienten so rechtzeitig zu entdecken und zu behandeln bzw. weiter zu überweisen, bevor irreversible Schäden auftreten können.

2) Landpraxis

Die zweite Praxis liegt in einem kleinen Ort mit 1 940 Einwohnern. Früher stellte hier die Landwirtschaft die Haupterwerbsquelle dar, heute gibt es nur noch zwei Haupterwerbslandwirtschaften im Ort. Nebenerwerbslandwirtschaft wird jedoch in starkem Maße betrieben, was häufig zu einer Doppelbelastung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter führt. Ein kleinerer Teil der Bevölkerung ist in der nahen Großstadt be-

schäftigt, der Hauptteil arbeitet jedoch in mehreren Großbetrieben der Umgebung, die in einem Umkreis von 5 bis 7 Kilometern um den Ort angesiedelt sind. Es handelt sich dabei um ein Werk der Elektroindustrie und einen Betrieb, der Fensterrolläden und Jalousien herstellt. Beide Betriebe beschäftigen in der Mehrzahl Frauen, die vorwiegend am Fließband im Akkord arbeiten. Die Zahl der berufstätigen Frauen liegt dadurch im Einzugsgebiet dieser Praxis sehr hoch. Beim dritten Betrieb handelt es sich um eine Zementfabrik, die vorwiegend Männer beschäftigt, deren Arbeit dort körperlich sehr anstrengend ist und vor allem eine hohe Lärmbelästigung mit sich bringt. Außerdem versorgt die Praxis mehrere kleine Ortschaften im Umkreis, deren Bevölkerung noch zum großen Teil in der Landwirtschaft beschäftigt ist.

Die medizinische Versorgung wird gewährleistet durch ein ca. 5 Kilometer weit entferntes Kreiskrankenhaus in einer kleinen Stadt, die vor der Gebietsreform Kreisstadt war. Die nächste Großstadt mit einer Universitätsklinik und weiteren Krankenhäusern liegt ca. 30 Kilometer entfernt und ist so relativ gut und schnell erreichbar. Die untersuchte Praxis ist die einzige Allgemeinpraxis am Ort, auch niedergelassene Fachärzte gibt es erst in der nahen, bereits beschriebenen Kleinstadt bzw. in der erwähnten Großstadt. Der Allgemeinarzt war bei Beginn der Untersuchung 34 Jahre alt und hat die Praxis ein Jahr zuvor selbst gegründet. Die Zahl der monatlichen Beratungen liegt bei ca. 1200, davon sind ca. 120 Hausbesuche. Auch diese Praxis bietet kleines Labor, physikalische Therapie, sowie die Möglichkeit zu gynäkologischen Untersuchungen. Zur Zeit unserer Arbeit wurden zwei Arzthelferinnen, sowie vier Auszubildende beschäftigt. Die Landpraxis ist im herkömmlichen Stil organisiert, die Patienten kommen je nach ihrem Eintreffen in der Praxis an die Reihe. Diese Organisationsform wurde gewählt, da dieser Allgemeinarzt die Erfahrung machte, daß die Zeiteinteilung, wie sie in einer Bestellpraxis notwendig wäre, in einer Allgemeinpraxis durch die große Anzahl der nicht vorangemeldeten Patienten nur schwer durch-

führbar ist. Die Sprechstunden finden Montag bis Freitag von 8 bis 12 Uhr, sowie Montag und Donnerstag von 16 bis 18 Uhr statt. Auch hier werden die Hausbesuche in den übrigen freien Stunden durchgeführt. Ähnlich wie in der Stadtpraxis werden Problempatienten an sprechstundenfreien Nachmittagen einbestellt. Als Zusatzaufgabe übt dieser Allgemeinarzt sechs Stunden wöchentlich eine Tätigkeit als Betriebsarzt in einem der erwähnten Betriebe aus. Der versorgte Betrieb hat etwa 1 000 Angestellte.

Auf die Frage nach seinen besonderen Vorstellungen von den Aufgaben und dem Betrieb seiner Praxis gibt dieser Arzt an:

1) Erzieherische Einwirkung auf die Patienten zur Prophylaxe von Zivilisationserkrankungen (Diabetes mellitus, Adipositas, Alkoholabusus usw.).

2) Durch ein breites Versorgungsangebot die Minderversorgung des flachen Landes mit Fachärzten etwas auszugleichen. Die Schwerpunkte legt dieser Arzt dabei auf Kardiologie, Stoffwechselerkrankungen, Gynäkologie, Orthopädie und Pädiatrie.

B. AUFBAU DER UNTERSUCHUNG UND AUSWERTUNG

1) Aufbau der Untersuchung

Die Untersuchung erfolgte durch einen, jeweils den gleichen Untersucher in beiden Praxen. Dieser war bei den protokollierten Arzt-Patientenkontakten als stiller Beobachter anwesend, nachdem er kurz als Arztkollege vorgestellt worden war.

Die Erhebung wurde mit einem eigens entworfenen Protokollbogen durchgeführt, der vom Beobachter selbst ausgefüllt wurde um den Arzt-Patientenkontakt nicht durch zusätzliche Schreibarbeiten zu belasten. Der Protokollbogen ist in zwei Hauptteile gegliedert. Der erste, als Datenteil bezeichnete, erhebt rein statistische Angaben und ist dazu in zwei Unter-

teile gegliedert, deren erster die Daten der jeweiligen Praxis und deren zweiter die Daten des einzelnen Patienten erfaßt. Der zweite Hauptteil, der den eigentlichen Arzt - Patientenkontakt erfaßt, ist in sieben Unterpunkte gegliedert und erhebt dabei:

I. Grund des Praxisbesuches oder des erwünschten Hausbesuches (Mehrfachangaben sind möglich).

II. Die Tätigkeit des Arztes.

III. Die Gesprächsinhalte, die von Arzt und Patienten angesprochen werden.

IV. Eine Bewertung des Gespräches in bezug auf die Intensität des Kontaktes, sowie den Raum, den das Gespräch innerhalb des Arzt - Patientenkontaktes einnahm.

V. Die Gesamtdauer des Gesprächs, die mit einer Stoppuhr festgehalten wurde.

VI. Die Diagnosen, wobei Mehrfachdiagnosen möglich waren.

VII. Die Art der Erkrankungen, z.B. ob es sich um akute oder chronische Erkrankungen handelte; auch hier waren Mehrfachangaben möglich.

In beiden Praxen wurden jeweils vier Tage innerhalb von vier Wochen protokolliert, um bei der Untersuchung zwischen beiden Praxen keinen zu großen Zeitunterschied zu erhalten, der möglicherweise auf die epidemiologische Situation Einfluß gehabt hätte. Es traten während der gesamten Untersuchungszeit jedoch keinerlei diesbezügliche Sondersituationen wie z.B. eine Grippeepidemie oder ähnliches auf. Es wurden weiterhin in beiden Praxen die gleichen Arbeitstage untersucht, was dadurch erreicht werden konnte, daß in der ersten Praxis in der ersten Woche der Montag protokolliert wurde, in der zweiten Praxis der Donnerstag. In der folgenden Woche wurden dann in der ersten Praxis der Dienstag, in der zweiten der Freitag erfaßt. In den beiden nächsten Wochen wurde dann bezüglich der Wochentage genau umgekehrt verfahren. Es konnte so gewährleistet werden, daß in beiden Praxen jeweils eine sehr gering

differierende Situation angetroffen wurde und z.B. die gleiche Anzahl von Tagen mit Nachmittagssprechstunden erfaßt wurde. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich vom 31.10.1977 bis zum 25.11.1977.

2) Auswertung

Grundsätzlich wurden bei der Auswertung alle zur jeweiligen Frage vollständigen Arzt - Patientenprotokolle herangezogen. Diese wurden dann bei den Prozentberechnungen als 100 % Wert gesetzt. Waren Mehrfachantworten möglich, so wurde jede einzelne Antwort gezählt und dann die Gesamtzahl der Antworten als 100 % Wert genommen. Die Berechnung erfolgt bis zur zweiten Stelle nach dem Komma, die dann auf- bzw. abgerundet wurde.

P r o t o k o l l

Datum:
Wochentag:

A. Datenteil

I. Fragen zur Praxis:

Landpraxis: ..... Praxisbetrieb: .....
Stadtrandpraxis: ..... Hausbesuch: .....
Stadtpraxis: .....

II. Fragen zum Patienten:

Name des Patienten: .....
Alter: .....
Beruf: .....

Arbeiter: .... Angestellter: .... Beamter: ....
Selbständiger: .... Student/Schüler: ....
Rentner: .... Hausfrau: .... Kind: ....

Versicherung:
RVO-Kassen (AOK us.) .....
Ersatzkasse .....
Privatversicherung .....

Bekanntschaftsgrad:
gut bekannt .....
bekannt .....
neu .....

B. Arzt - Patientenkontakt

I. Grund des Praxis- oder Hausbesuchs:

a) Einbestellung .....

b) Beschwerden .....

c) Verletzung .....

d) Befürchtung einer Erkrankung .....

e) Sonstige Gründe .....

II. Tätigkeiten des Arztes:

a) diagnostisch:

b) therapeutisch:

III. Protokoll der Gesprächsinhalte (ausgehend von):

Patient	Arzt

Patient	Arzt

IV. Bewertung des Gesprächs:

a) Gesprächskontakt: positiv .....
negativ .....
indifferent .....

b) Raum des Gesprächs, bezogen auf die Tätigkeit:

nur Gespräch .....
größer .....
gleich groß .....
geringer .....
kein Gespräch .....

V. Gesamtdauer des Kontaktes (min/sec):

VI. Diagnose(n):

VII. Behandlung einer akuten Erkrankung:
chronische Erkrankung: .....
Nachsorgebehandlung (nach Klinikaufenthalt):.....
Vorsorgeuntersuchung: .....
Sonstiges: .....

V. ERGEBNISSE

Die Ergebnisse sind tabellarisch aufgeführt, wobei nacheinander Stadtpraxis, Landpraxis und Werte für beide Praxen folgen. Die Reihenfolge der Ergebnisse richtet sich nach dem Protokollbogen.

A. ERGEBNISSE DES DATENTEILS

I) Fragen zur Praxis

a) Leistungen der Praxen ohne Arzt - Patientenkontakt
(Dreierangaben wurden rein numerisch erhoben)

	Stadt	Land	insgesamt
Überweisungen:	1	8	9
Bestrahlungen:	20	31	51
Inhalationen:	--	7	7
Rezepte:	32	42	74
Reizstrombehandlung: (nur in Landpraxis durchgeführt)	--	4	4
Labor: (ohne Arztkontakt nur in der Stadtpraxis)	25	--	25
Gesamtzahl der Leistungen ohne Arzt - Patientenkontakt	78	92	170

Sonderfall: In der Stadtpraxis war es üblich, Patienten, die nur zur Durchführung einer Injektion einbestellt waren, zwischen zwei Beratungen in einem kleinen Nebenraum zu versorgen, um diesen Patienten Wartezeiten zu ersparen. Es kam dabei zu einem kurzen Arzt - Patientenkontakt. Dies war im Beobachtungszeitraum in 27 Fällen vorgekommen.

b) Arzt - Patientenkontakte:

	Stadt	Land	insgesamt
Kontakte in der Praxis:	142	131	273
Hausbesuche:	24	17	41
in Prozenten:			
Kontakte in der Praxis:	85,5 %	88,5 %	86,9 %
Hausbesuche:	14,4 %	11,5 %	13,0 %

Die Gesamtzahl der protokollierten Arzt - Patientenkontakte beträgt 314.

II) Fragen zum Patienten

Altersverteilung

	Stadt		Land		insgesamt	
Kinder 0 - 14 Jahre	0	0 %	21	14,2 %	21	6,7 %
Jugendliche 14 - 30 Jahre	26	15,7 %	40	27,0 %	66	21,0 %
Erwachsene 30 - 50 Jahre	20	12,0 %	43	29,0 %	63	20,1 %
ältere Erwachsene 50 -	120	72,3 %	44	29,7 %	164	52,2 %

Geschlechtsverteilung

weiblich	120	72,3 %	96	64,9 %	216	68,8 %
männlich	46	27,7 %	52	35,1 %	98	31,2 %

Berufsverteilung

Arbeiter	5	3,0 %	37	25,0 %	42	13,4 %
Angestellte	35	21,1 %	33	22,3 %	68	21,7 %
Beamte	5	3,0 %	2	1,3 %	7	2,2 %
Selbständige	8	4,8 %	3	2,0 %	11	3,5 %
Schüler/Studenten	15	9,0 %	16	10,8 %	31	9,9 %
Rentner	58	34,9 %	31	20,9 %	89	28,3 %
Hausfrauen	40	24,1 %	18	12,2 %	58	18,5 %
Kinder (nicht schulpflichtig)	0	0 %	8	5,4 %	8	2,5 %

Versicherungen:

	Stadt		Land		insgesamt	
RVO Kassen:	74	44,6 %	118	79,7 %	192	61,1 %
Ersatzkassen:	69	41,6 %	27	18,2 %	96	30,6 %
Privatkassen:	23	13,9 %	3	2,0 %	26	8,3 %

Bekanntschaftsgrad:

Patient gut bekannt	148	89,2 %	123	83,1 %	271	86,3 %
bekannt	14	8,4 %	24	16,2 %	38	12,1 %
unbekannt	4	2,4 %	1	0,7 %	5	1,6 %

Bei diesem Punkt muß man sich in Erinnerung rufen, daß die Stadtpraxis seit 25 Jahren, die Landpraxis jedoch erst seit einem Jahr besteht.

B. ERGEBNISSE DER PROTOKOLLE DES ARZT - PATIENTENKONTAKTES

I) Anlaß des Praxis- oder Hausbesuches:

	Stadt		Land		insgesamt	
Einbestellung	130	75,6 %	40	25,0 %	170	21,2 %
Beschwerden	34	19,8 %	94	58,7 %	128	38,5 %
Verletzungen	1	0,6 %	7	4,4 %	8	2,4 %
Vorsorgeuntersuchungen	6	3,5 %	4	2,5 %	10	3,0 %
Sonstiges*	1	0,6 %	15	9,4 %	16	4,8 %

*Unter dem Punkt "Sonstiges" verbarg sich in der Landpraxis häufig der Wunsch nach Verlängerung eines Rezeptes, da hier die Patienten nicht regelmäßig einbestellt wurden.

II) Tätigkeiten des Arztes:

a) diagnostisch

	Stadt		Land		insgesamt	
einfache körperliche Untersuchung	114	68,7 %	89	60,1 %	203	64,6 %

	Stadt		Land		insgesamt	
umfassende körperliche Untersuchung	40	24,1 %	34	23,0 %	74	23,6 %
Laborleistungen	17	10,2 %	32	21,6 %	49	15,6 %
EKG	3	1,8 %	7	4,7 %	10	3,2 %
b) therapeutisch						
Rezept	129	77,7 %	111	75,0 %	240	76,4 %
Injektion	32	19,3 %	17	11,5 %	49	15,6 %
Verband	5	3,0 %	5	3,4 %	10	3,2 %
Bestrahlung	4	2,4 %	18	12,2 %	22	7,0 %
Überweisung	7	4,2 %	9	6,1 %	16	5,1 %
Krankmeldung	3	1,8 %	8	5,4 %	11	3,5 %
Inhalation	1	0,6 %	3	2,0 %	4	1,3 %
kleiner chirurgischer Eingriff	2	1,2 %	2	1,3 %	4	1,3 %

III) Ergebnisse der Auswertung der angesprochenen Themen: Es wird mit den von den Patienten eingebrachten Themen begonnen.

	Stadt		Land		insgesamt	
a) Erkrankungen						
Beschwerden	94	56,6 %	108	73,0 %	202	64,3 %
Jetzige Erkrankung:	37	22,3 %	46	31,1 %	83	25,4 %
Frühere Erkrankungen:	21	12,6 %	11	7,4 %	32	10,2 %
Erkrankungen von Familienangehörigen:	14	8,4 %	15	10,1 %	29	9,2 %
Bitte um Erklärung der Krankheit, der Laborwerte oder Befunde:	29	17,5 %	15	10,1 %	44	14,0 %
Krankheitsbefürchtung und Vermutungen zur Krankheitsentstehung:	8	4,8 %	19	12,8 %	27	8,6 %
b) Medikamente						
Gespräch über Medikamentenwirkung:	24	14,5 %	18	12,2 %	42	13,4 %

	Stadt		Land		insgesamt	
Unverträglichkeit von Medikamenten und ärztliche Maßnahmen:	7	4,2 %	7	4,7 %	14	4,5 %
Bitte um Medikamente für sich selbst:	23	13,8 %	30	20,3 %	53	16,9 %
Bitte um Medikamente für Angehörige:	4	2,4 %	14	9,5 %	18	5,7 %
Frage nach Wirkungsweise von Medikamenten:	4	2,4 %	2	1,3 %	6	1,9 %
c) Überweisung und Krankmeldung						
Bitte um Überweisung:	0	0 %	3	2,0 %	3	0,9 %
Bitte um Krankmeldung:	2	1,2 %	3	2,0 %	5	1,6 %
Bitte keine Krankmeldung an Arbeitgeber:	1	0,6 %	1	0,7 %	2	0,6 %
d) gestörtes Allgemeinbefinden						
Beschwerden mit dem Stuhlgang:	7	4,2 %	5	3,4 %	12	3,8 %
Appetitlosigkeit:	5	3,0 %	5	3,4 %	10	3,2 %
Schlafstörungen:	6	3,6 %	12	8,1 %	18	5,7 %
Nervosität:	17	10,2 %	10	6,8 %	27	8,6 %
Abgeschlagenheit:	4	2,4 %	4	2,7 %	8	2,5 %
schlechte Stimmung:	7	4,2 %	5	3,4 %	12	3,8 %
Probleme mit Rauchen / Alkohol:	6	3,6 %	5	3,4 %	11	3,5 %
e) soziale und psychische Probleme						
Gespräch über den Partner:	9	5,4 %	8	5,4 %	17	5,4 %
Gespräch über die Kinder:	11	6,6 %	10	6,8 %	21	6,7 %
Gespräch über Verwandte und Freunde:	13	7,8 %	10	6,8 %	23	7,3 %
Gespräch über Arbeitsplatz u. Finanzprobleme:	20	12,0 %	24	16,2 %	44	14,0 %
psychische Situation: (Angst, Resignation usw.)	43	25,9 %	40	27,0 %	83	26,4 %

Anzahl der Patienten = 100 % / (166) Stadt

Anzahl der Patienten = 100 % / (148) Land

Anzahl der Patienten = 100 % / (314) insgesamt

IV. Gesprächsthemen / Auswertung

Die vom Arzt eingebrachten Gesprächsthemen:

Arzt	Stadt		Land		insgesamt	
a) Erkrankungen						
Frage nach Beschwerden:	69	41,6 %	23	15,5 %	92	29,3 %
Anamnese zur jetzigen Erkrankung:	51	30,7 %	73	49,3 %	124	39,5 %
Anamnese zu früheren Erkrankungen:	14	8,4 %	9	6,1 %	23	7,3 %
Erklärung d. Krankheitsbildes und der Befunde: (Labor, EKG usw.)	93	56,0 %	92	62,2 %	185	58,9 %
Erklärung des weiteren Vorgehens und Verhaltensregeln:	54	32,5 %	76	51,3 %	130	41,4 %
b) Medikamente						
Frage nach bisheriger Medikamenteneinnahme, ärztlichen Maßnahmen und deren Wirkung:	34	20,5 %	32	21,6 %	66	21,0 %
Frage nach Verträglichkeit von Medikamenten und ärztl. Maßnahmen:	6	3,6 %	7	4,7 %	13	4,1 %
Erklärung zur Wirkungsweise der Medikamente:	20	12,0 %	24	16,2 %	44	14,0 %
Erklärungen zum Rezept: (Tabletteneinnahme, Diätplan usw.)	95	57,2 %	74	50,0 %	169	53,8 %
Ermahnung zu regelmäßiger Medikamenteneinnahme und Arztbesuch:	26	15,2 %	24	16,2 %	50	15,9 %
c) Krankmeldung und Überweisung						
Erläuterung zur Krankmeldung:	1	0,6 %	10	6,8 %	11	3,5 %
Erläuterung zur Überweisung:	10	6,0 %	8	5,4 %	18	5,7 %
Einbestellung zu erneutem Arztbesuch:	120	72,3 %	47	31,8 %	167	53,2 %

d) Allgemeinbefinden	Stadt		Land		insgesamt	
Stuhlgang	5	3,0 %	4	2,7 %	9	2,9 %
Schlafstörungen	3	1,8 %	4	2,7 %	7	2,2 %
Appetit	10	6,0 %	2	1,3 %	12	3,8 %
Abgeschlagenheit	1	0,6 %	1	0,7 %	2	0,6 %
Nervosität	9	5,4 %	5	3,4 %	14	4,5 %
Stimmung	46	27,7 %	7	4,7 %	53	16,9 %
Rauchen und Alkohol	9	5,4 %	6	4,0 %	15	4,8 %
Körpergewicht	21	12,6 %	8	5,4 %	29	9,2 %
e) Soziale und psychische Probleme						
Partnerbeziehung	8	4,2 %	6	4,0 %	14	4,5 %
Kinder	10	6,0 %	5	3,4 %	15	4,8 %
Verwandte und Freunde	15	9,0 %	7	4,7 %	22	7,0 %
Arbeitsplatz und Arbeitsbelastung	17	10,2 %	20	13,5 %	37	11,8 %
psychische Belastungen: (z.B. Angst, Resignation, Einsamkeit)	22	13,2 %	21	14,2 %	43	13,7 %

V. Bewertung des Gesprächs / Auswertung

	Stadt		Land		insgesamt	
a) Gesprächskontakt						
positiv:	162	97,6 %	146	98,6 %	308	98,1 %
negativ:	0	0 %	0	0 %	0	0 %
b) Raum des Gesprächs im Vergleich zur Tätigkeit						
nur Gespräch	6	3,6 %	8	5,4 %	14	4,5 %
größer	116	69,9 %	88	59,5 %	204	65,0 %
gleich groß	39	23,5 %	45	30,4 %	84	26,7 %
geringer	5	3,0 %	7	4,7 %	12	3,8 %
kein Gespräch	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Anzahl der Patienten ≙ 100 % !

VI. Dauer des Kontaktes

a)	Stadt	Land	insgesamt
längster Kontakt:	30 Min.	36 Min.	
kürzester Kontakt:	2 Min.	2 Min.	
durchschnittliche Dauer des Kontaktes	8,54 Min.	7,15 Min.	7,85 Min.

b) Verteilung der Kontaktzeiten

0 - 5 Minuten:	53	33,3 %	60	43,5 %	113	38,0 %
über 5 - 10 Minuten:	63	39,6 %	60	43,5 %	123	41,4 %
über 10 - 20 Minuten:	38	23,9 %	16	11,6 %	54	18,2 %
über 20 - 30 Minuten:	5	3,1 %	1	0,7 %	6	2,0 %
über 30 Minuten:	0	0 %	1	0,7 %	1	0,3 %

nur 297 Zeitangaben waren verwertbar!

VII. Diagnosen / Auswertung nach Erkrankungsgruppen
Anzahl der Patienten 100 %; Mehrfachdiagnosen möglich!

	Stadt (166 Angaben)		Land (148 A.)		insgesamt (314 A.)	
a) grippale Infekte:	13	7,8 %	6	4,0 %	19	6,0 %
b) Erkrankungen des Herzens, der Gefäße und des Kreislaufs	64	38,5 %	39	26,3 %	103	32,8 %
c) Erkrankungen des Bewegungsapparates:	42	25,3 %	41	27,7 %	83	26,4 %
d) Erkrankungen des Stoffwechsels:	24	14,5 %	9	6,1 %	33	10,5 %
e) Erkrankungen des Verdauungstraktes (Oesophagus, Magen, Darm):	26	15,7 %	15	10,1 %	41	13,1 %
f) Erkrankungen der Leber und der Gallenwege:	7	4,2 %	2	1,3 %	9	2,9 %
g) Erkrankungen der Harnwege und der Nieren:	13	7,8 %	7	4,7 %	22	7,0 %
h) Erkrankungen der Bronchen und Lungen:	15	9,0 %	7	4,7 %	22	7,0 %

	Stadt		Land		insgesamt	
i) Erkrankungen des Halses, der Nase und der Ohren:	7	4,2 %	11	7,4 %	18	5,7 %
k) gynäkologische Erkrankungen:	17	10,2 %	10	6,8 %	27	8,6 %
l) Erkrankungen der Haut:	12	7,2 %	27	18,2 %	39	12,4 %
m) Erkrankungen der Augen:	2	1,2 %	5	3,4 %	7	2,2 %
n) Störungen des vegetativen Nervensystems:	12	7,2 %	4	2,4 %	16	5,1 %
o) neurologische Erkrankungen:	8	4,8 %	4	2,4 %	12	3,8 %
p) psychiatrische Erkrankungen	1	0,6 %	2	1,3 %	3	1,0 %
q) Kinderkrankheiten:	0	0 %	1	0,7 %	1	0,3 %
r) Erkrankungen des Blutes und des Immunsystems:	0	0 %	3	2,0 %	3	1,0 %

VIII. Art der Erkrankungen / Auswertung

	Stadt		Land		insgesamt	
akute Erkrankungen:	73	44,0 %	89	60,1 %	162	51,6 %
länger behandlungsbedürftige Erkrankungen: (mindestens 6 Monate in Behandlung)	106	63,9 %	64	43,2 %	170	54,1 %
Nachsorgebehandlungen: (nach Klinikaufenthalt)	8	4,8 %	9	6,1 %	17	5,4 %
Vorsorgeuntersuchungen:	7	4,2 %	3	2,0 %	10	3,2 %
Sonstiges:	1	0,6 %	1	1,3 %	2	0,6 %

Anzahl der Patienten ≙ 100 % !

Mehrfachantworten waren hier möglich!

C. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Bei der Erfassung der Leistung ohne Arzt - Patientenkontakt im Beobachtungszeitraum zeigt sich, daß es sich in den meisten Fällen um Rezeptierungen handelt, und zwar um Wiederholungsrezepte für Patienten, die regelmäßig Medikamente wie z.B. Digitalispräparate oder Antihypertensiva einnehmen müssen, und denen die Medikamente zwischen zwei Vorstellungsterminen bei ihrem Arzt ausgegangen sind. In den übrigen Fällen handelt es sich um Fortführung von eingeleiteten physikalischen Therapien wie z.B. Bestrahlungen usw.

Insgesamt wurden 314 Arzt - Patientenkontakte protokolliert, in der Stadtpraxis 166, in der Landpraxis 148. Davon waren in der Stadt 14,4 %, auf dem Lande 11,5 % Hausbesuche.

Die Altersverteilung innerhalb der Patientenklientel weist zwischen beiden Praxen einen erheblichen Unterschied auf. In der Stadtpraxis ergibt sich ein absoluter Gipfel bei den über fünfzigjährigen Patienten, die 79,3 % des untersuchten Patientengutes ausmachen. In der Landpraxis ist das Altersverhältnis relativ ausgeglichen, auch hier machen die über fünfzigjährigen Patienten mit fast 30 % einen hohen Anteil aus, beinahe genau so häufig werden jedoch 14 - 30-jährige und 30 - 50-jährige Patienten behandelt, die mit ihrem Anteil ebenfalls nahe bei 30 % liegen. Weibliche Patienten liegen in beiden Praxen zahlenmäßig vor den männlichen, sie machen in der Stadt 72,3 % und auf dem Lande 64,9 % aus. Die Berufsverteilung spiegelt in beiden Praxen in etwa die Verteilung der Berufe in der jeweiligen Bevölkerung wider. So liegen die Arbeiter in der Landpraxis mit 25 % an der Spitze, machen in der Stadtpraxis jedoch nur 3,0 % aus. Hier führen mit weitem Abstand die Rentner, die bei fast 35 % liegen. Häufig vertretene Berufsgruppen sind in beiden Praxen weiter Hausfrauen und Schüler bzw. Studenten.

Betrachtet man die Zusammensetzung der Klientel in bezug auf die Kassenzugehörigkeit, so halten sich in der Stadtpraxis RVO-Kassen und Ersatzkassen nahezu die Waage und liegen zwi-

schen 40 und 45 %. Auf dem Lande liegen die RVO-Kassen mit fast 80 % weit an der Spitze. Privatpatienten machen in beiden Praxen nur einen sehr geringen Anteil aus und liegen in der Stadt bei 14 %, auf dem Lande bei 8 %.

Bekannt waren die Patienten den beiden Allgemeinärzten meistens sehr gut. Unter die Rubrik "gut bekannt" fielen so in der Stadtpraxis fast 90 %, in der Landpraxis 83 % der Patienten.

Bei den Anlässen, die zum Praxisbesuch, bzw. zum Hausbesuch führten, standen in der Stadtpraxis die vereinbarten Einbestellungstermine mit nahezu 130, das sind 75,6 %, bei weitem an der Spitze, gefolgt von den Beschwerden, die die Patienten zum Arzt führten, insgesamt waren dies hier 34 Fälle, das sind 19,8 %. In der Landpraxis differiert das Bild erheblich; hier standen die Beschwerden mit einer Zahl von 94 an erster Stelle, das sind 58,7 %, dann folgten die Wiederbestellungen mit einer Zahl von 40, das sind 25 %. Allerdings ist hier zu beachten, daß es sich, wie bereits erwähnt, bei der Stadtpraxis im Gegensatz zur Landpraxis um eine Bestellpraxis handelt. Verständlich ist, daß auf dem Lande Verletzungen etwas häufiger vorkommen als in der Stadt. Vorsorgeuntersuchungen führen in beiden Praxen etwa gleich häufig zum Arzt, sind aber als Anlässe für einen Arztbesuch mit insgesamt 3,0 % recht selten.

Bei der diagnostischen Tätigkeit des Arztes stehen in beiden Fällen, wie zu erwarten war, die körperlichen Untersuchungen mit 68,7 % in der Stadt und 60,1 % auf dem Lande an erster Stelle. Interessant vielleicht, daß EKG-Schreibung in der Landpraxis doppelt so häufig vorkommt wie in der Stadt.

Bei den therapeutischen Tätigkeiten des Arztes liegt in beiden Fällen, mit großem Abstand und beinahe übereinstimmend, das Ausstellen eines Rezeptes an erster Stelle, jeweils in etwa 3/4 der Fälle.

Überweisungen sind in beiden Praxen etwa gleich häufig, aber doch insgesamt sehr selten; es waren im Beobachtungszeitraum

7 in der Stadtpraxis, 9 in der Landpraxis, das sind im ersten Fall 4,2 % der therapeutischen Leistungen, im zweiten 6,1 %.

Bei der Häufigkeit der vom Patienten angesprochenen Gesprächsthemen führen in beiden Praxen, wie zu erwarten war, die Themen, die sich mit den Erkrankungen des jeweiligen Patienten befassen. Dabei stehen die aktuellen Beschwerden mit 56,6 % in der Stadt und 73,0 % auf dem Lande an der Spitze. Auch hier macht sich die unterschiedliche Praxisorganisation etwas bemerkbar. Die Gespräche über Medikamente folgen in der Häufigkeit in beiden Praxen an der dritten Stelle. Speziell das Gespräch über die Wirkung eines Medikaments und die Bitte des Patienten um ein bestimmtes Medikament sind recht häufig. Ein Gespräch über die Thematik der Überweisung oder Krankmeldung wird in beiden Praxen vom Patienten sehr selten begonnen, ebenso wird über gestörtes Allgemeinbefinden nicht sehr häufig gesprochen, alleine Klagen der Patienten über Nervosität in 10,2 % der Fälle in der Stadt und etwas seltener, 6,8 %, auf dem Lande lassen doch eine relative Häufigkeit erkennen. Interessant ist, daß die Themen Alkohol und Nikotin vom Patienten selbst kaum angesprochen werden. Auffallend ist, daß die Patienten bereits von sich aus soziale und psychische Probleme, in der Häufigkeit an der zweiten Stelle, zur Sprache bringen, und dies in beiden Praxen. Besonders die jeweilige psychische Situation des einzelnen Patienten wird in das Gespräch eingebracht, in der Stadt in 43 Fällen, das sind 25,9 % der Patienten, auf dem Lande in 40 Fällen, das sind 27,0 % der dort beobachteten Patienten. An nächster Stelle liegen dann Probleme am Arbeitsplatz und Finanzprobleme, sie werden in der Stadt von 12,5 % und auf dem Lande von 16,2 % der Patienten angesprochen.

Betrachten wir nun die Themen, die vom Arzt in das Gespräch eingebracht werden, so steht die Thematik der jeweiligen Erkrankung natürlich in beiden Praxen weitaus an erster Stelle. Dabei erwartungsgemäß die Frage nach den Beschwerden und die Anamnese zur jetzigen Erkrankung. Welcher der beiden Punkte dabei an erster Stelle steht, hängt im wesentlichen von dem

etwas unterschiedlichen Gesprächseinstieg des einzelnen Arztes ab. Ins Auge fallend ist dabei die Häufigkeit der Themen, die eine Aufklärung des Patienten über seine Erkrankung zum Ziele haben und vom Arzt von sich aus angesprochen werden. Erklärungen zum Krankheitsbild und den Befunden z.B. werden in der Stadt bei 56,0 %, auf dem Lande bei 62,2 % der Patienten vom Arzt spontan abgegeben. Es folgen Erklärungen zum weiteren gemeinsamen Vorgehen und zu nötigen Verhaltensregeln des Patienten, in der Stadt in 32,5 %, auf dem Lande in 51,3 % der Fälle. An zweiter Stelle der vom Arzt angesprochenen Themen liegen Erläuterungen zu den rezeptierten Medikamenten. Sie werden in der Stadt in 57,2 %, auf dem Lande in 50,0 % der Fälle gegeben. Recht häufig ist in beiden Praxen auch die Frage des Arztes nach bisher eingenommenen Medikamenten.

Bei dem Überpunkt "Krankmeldung und Überweisung" fällt nur ein Unterpunkt durch große Häufigkeit auf. Eine Wiederbestellung der Patienten erfolgt in der Stadtpraxis in 72,3 %, in der Landpraxis in 31,8 % der Fälle. Die Ursache für diese erhebliche Diskrepanz zwischen beiden Praxen ist zum Großteil wieder in der unterschiedlichen Organisationsform zu sehen. Bei der Erforschung des Allgemeinbefindens ihrer Patienten fragen beide Ärzte oft nach der Stimmungslage des Patienten, in der Stadt 27,7 %, auf dem Lande 16,9 %. Rauchen und Alkohol werden insgesamt recht selten angesprochen, während ein zu hohes Körpergewicht relativ häufig zur Sprache gebracht wird. Dies ist in der Stadtpraxis bei 12,6 % der Patienten, in der Landpraxis bei 9,2 % der Fall. Bei ihrer Suche nach sozialen und psychischen Problemen fragen beide Ärzte recht häufig nach Problemen am Arbeitsplatz und die Belastung durch die Arbeit, in der Stadt in 10,2 %, auf dem Lande in 13,5 % der Fälle. Am häufigsten jedoch wird in beiden Praxen nach besonderen psychischen Belastungen des Patienten gefragt, in der Stadt 13,2 %, auf dem Lande 14,2 % der Patienten.

Betrachtet man den Gesprächskontakt zwischen Arzt und Patient, so läßt sich feststellen, daß in keiner der beiden Praxen während des Beobachtungszeitraums eine Situation aufgetreten ist,

von der man hätte sagen können, ein Gesprächskontakt sei nicht zustandegekommen. In beiden Praxen kann übereinstimmend in ca. 98 % der Fälle von positiven Gesprächskontakten gesprochen werden. Insgesamt läßt sich auch feststellen, daß das Gespräch, verglichen mit der Tätigkeit des Arztes, in beiden Praxen meist einen weit größeren Raum einnahm, in der Stadtpraxis in 69,9 %, in der Landpraxis in 59,5 % der Fälle.

Die Dauer des Arzt - Patientenkontaktes schwankte in weiten Grenzen. Der kürzeste Kontakt betrug in beiden Praxen jeweils 2 Minuten, der längste Kontakt dauerte in der Stadtpraxis 30 Minuten, in der Landpraxis 36 Minuten. Die durchschnittliche Kontaktdauer lag in der Stadt bei 8,54 Minuten, auf dem Lande bei 7,15 Minuten. Dies wird auch durch den Häufigkeitsgipfel dokumentiert, der bei einer Kontaktdauer von 5 bis 10 Minuten in beiden Praxen lief. Die Werte für beide Fälle liegen also recht dicht beieinander.

Bei der Einteilung der gestellten Diagnosen in Erkrankungsgruppen nach der anatomischen Lokalisation oder der Ätiologie der Erkrankungen zeigt sich, daß in beiden Praxen Erkrankungen der Kreislauforgane, sowie des Bewegungsapparates bei weitem an der Spitze liegen. Lediglich die Reihenfolge differiert zwischen beiden Praxen. Liegen Erkrankungen der Kreislauforgane in der Stadtpraxis mit 38,5 % an erster Stelle und werden von solchen des Bewegungsapparates mit 25,3 % gefolgt, so liegen in der Landpraxis letztere mit 27,7 % an erster Stelle und nehmen erstere mit 26,3 % knapp dahinter den zweiten Rang ein. Alle übrigen Erkrankungsgruppen liegen im Bereich bis ca. 10 % der Fälle. Lediglich Erkrankungen der Haut überragen in der Landpraxis diese Grenze wesentlich mit 18,2 %. Betrachtet man das Spektrum sämtlicher diagnostizierter Erkrankungen, so läßt sich feststellen, daß dies sehr weit gespannt ist, auch wenn viele Erkrankungen in nur sehr geringer Häufigkeit auftreten.

In der Stadtpraxis liegt die Behandlung von chronisch Kranken deutlich an der Spitze mit 63,9 % der Fälle, gefolgt von aku-

ten Erkrankungen, die 44,0 % ausmachen. In der Landpraxis verhält sich dies beinahe umgekehrt, hier liegen akute Erkrankungen mit 60,1 % an der Spitze, gefolgt von chronischen Erkrankungen mit 43,2 %. Die Hundertprozentgrenze wird hier deshalb überschritten, weil bei einer Anzahl von Patienten mehrere chronische und/oder akute Erkrankungen festgestellt wurden.

Vorsorgeuntersuchungen und Nachsorgebehandlungen nach einem Klinikaufenthalt gehören zwar in beiden Praxen zum festen Reppertoire, treten jedoch zahlenmäßig gegenüber den beiden vorher erwähnten Gruppen in den Hintergrund.

VI. DISKUSSION

A. ZUM VERSUCHSAUFBAU UND SEINER AUSWERTUNG

Der Aufbau unseres Versuchs unterlag von vornherein einigen Beschränkungen. Es handelte sich nicht, wie bei der Verdenstudie (17), um ein größeres Projekt unter Zusammenarbeit zweier Lehrstühle sowie einer größeren Anzahl von niedergelassenen Ärzten und der damit möglichen Breite der Untersuchung. Die offizielle Beschäftigung mit der Allgemeinmedizin stand zu dem Zeitpunkt, als die Arbeit begonnen wurde, an der hiesigen Universität noch in den Anfängen, und die vorliegende Untersuchung sollte in der Art eines Mosaiksteins im Verband mit einigen anderen Arbeiten zu diesem Thema die Situation und die Problematik der Allgemeinärzte in dieser Region etwas deutlicher darstellen. Da nur ein Untersucher zur Verfügung stand, war eben eine Beschränkung von vornherein unumgänglich. Um dabei die Beobachtungstage möglichst nahe beieinanderliegen zu lassen, sowie in jeder Praxis die gleichen Wochentage heranzuziehen und so allzu große Schwankungen der Epidemiologischen Situation zu vermeiden, lag es nahe, zwei Praxen zu untersuchen und dabei den Versuch zu machen, die Situation einer Land- und einer Stadtpraxis zu vergleichen. Bei der Beobachtung von zwei Praxen war zwar nicht zu erwarten, daß allgemeingültige Aussagen über grundsätzliche Unterschiede oder Übereinstimmung der Allgemeinmedizin in der Stadt und auf dem Lande zu machen seien, aber andererseits konnte man hoffen, daß sich bei der schlaglichtartigen Beleuchtung beider Praxen gewisse Trends, ähnliche oder unterschiedliche Problemlagen herausfinden ließen, die dann durch weitere Arbeiten zu untersuchen wären.

Diese Ansicht wurde durch die vorliegende Arbeit dann auch bestätigt. Da nur ein Untersucher die Erhebung durchführte, war es möglich, die Subjektivität, die aus dieser Arbeit zwangsläufig nicht zu verbannen war, in Grenzen zu halten. Insbesondere bei der Bewertung der Gesprächsthemen und der

Gesprächskontakte war dies stellenweise äußerst schwierig. Doch da nur die Subjektivität einer einzigen Beobachterperson in die Untersuchung eingebracht wurde, war es möglich, die Gleichmäßigkeit der Beurteilung in gewissen Grenzen zu erreichen.

Es soll nun noch kurz auf die Kritik von R.N. Braun (6) daran, die Erkrankungen nach Diagnosen bzw. anatomischen Gruppen einzuteilen, eingegangen werden. In der Verdenstudie vermied man dieses Problem durch die Aufstellung einer Checkliste von Anlässen, die Patienten zum Arzt führen. Diese Liste wurde mittels eines Computers erstellt und war für alle an der Untersuchung beteiligten Ärzte verbindlich. Die Situation stellte sich jedoch in unserem Falle etwas anders dar. In Anbetracht des kleinen Ausschnitts dieser Arbeit war ein ähnlicher Aufwand kaum möglich, dazu wurde hier der Hauptwert auf den Vergleich beider Praxen gelegt. Wichtig war also im Grunde nur die Vergleichbarkeit, und diese ist durchaus auch bei der vorliegenden Einteilung der Erkrankungen gegeben. Ein wesentlicher Unterschied liegt wohl darin, daß die Erstellung einer Checkliste zur Untersuchung der Gesprächskontakte und der Gesprächsthemen, die uns ja besonders interessierten, kaum möglich ist.

Die Anwesenheit des Beobachters, der, wie beschrieben, vom jeweiligen Arzt als Kollege, der die Arbeit in einer Allgemeinpraxis kennenlernen möchte, vorgestellt wurde, ergab kaum eine Störung des Gesprächskontaktes, wie beide Allgemeinärzte nach kurzer Zeit übereinstimmend versicherten. In zwei Fällen erschienen Patienten durch den Beobachter in ihrer Gesprächsbereitschaft gehemmt, in beiden Fällen wurde daraufhin auf die Protokollierung des Kontaktes verzichtet.

Insgesamt sollte der Versuchsaufbau dazu dienen, vergleichbare Fakten über beide Praxen und die Zusammensetzung deren Patientenklientel zu erhalten. Diese Aufgabe erfüllte der Teil A des Protokollbogens zur Zufriedenheit, die erlangten Daten waren gut verwertbar. Schwieriger war es, ein möglichst

genaues und, soweit dies überhaupt möglich ist, von Subjektivität freies Protokoll des Arzt - Patientenkontaktes zu erhalten. Dies wurde mit dem Teil B des vorliegenden Protokollbogens versucht, die dabei aufgetretenen Probleme wurden oben angesprochen.

Die Auswertung der Protokolle war im Grunde mit keinen Schwierigkeiten verbunden. Die Errechnung der Summen und Prozentanteile erfolgte mit dem elektronischen Tischrechner und ergab so die gewünschte Genauigkeit. Problematischer war es, wie bereits erwähnt, die einzelnen Gesprächsthemen zu Problemgruppen zusammenzufassen, da im Gespräch zwischen Arzt und Patient eine erstaunliche Vielfalt der Thematik herrscht, einzelne Gesprächsthemen dann aber nur selten wiederkehren. Dies zeigen die Zahlen der Ergebnisse recht gut.

B. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Betrachtet man die Ergebnisse aus beiden Praxen im Vergleich, so zeigt sich, daß pro Arbeitstag in beiden Praxen jeweils ca. 40 Patienten betreut werden. Auch die Anzahl der Hausbesuche ist annähernd gleich. Es werden zwar in beiden Praxen Hausbesuche nur durchgeführt, wenn dies unbedingt nötig ist, trotzdem aber läßt sich eine bestimmte Zahl nicht unterschreiten, denn hier wie dort sind es in der Hauptsache alte, gebrechliche Patienten, die regelmäßig betreut werden müssen und denen ein Praxisbesuch nicht mehr zugemutet werden kann.

Die Bevölkerungszusammensetzung der Umgebung einer Praxis spiegelt sich auch, im Gegensatz zur Meinung v. Troschke's (30), im Patientenklientel wider und unterliegt damit von Praxis zu Praxis erheblichen Schwankungen, wie dies auch die beiden untersuchten Praxen zeigen. Die hohe Zahl von Arbeitern spiegelt die beschriebene Arbeitsplatzsituation in der Umgebung der Landpraxis wider. Daß Rentner einen sehr hohen Anteil

der Klientel der Praxis ausmachen, geht ebenso auf die Struktur der Stadt, wie sie oben beschrieben wurde, zurück. Es handelt sich eben um eine ruhig und schön gelegene Stadt, die wenig Industrie besitzt, und die deshalb gerne als Wohnsitz für den Lebensabend ausgewählt wird. Andererseits dürfte auch eine Rolle spielen, daß die Stadtpraxis bereits seit 25 Jahren besteht und viele Patienten "mit ihr" alt geworden sind.

Wenn beiden Ärzten 80 bis 90 % ihrer Patienten "gut bekannt" sind, so erklärt dies auch zu einem Teil, daß beide in der Regel mit sehr geringen Mitteln zu einer Diagnose kommen, bzw. eine Behandlung einleiten können. Erst, wenn der Verdacht auf eine ernsthaftere Erkrankung besteht, sind eingreifendere Untersuchungen oder Maßnahmen nötig. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Verdenstudie (17) völlig. Auch bei den therapeutischen Leistungen findet sich eine Übereinstimmung mit der Verdenstudie, die Rezeptur liegt hier wie dort bei weitem an erster Stelle. Dies zeigt, daß in den meisten Fällen der Allgemeinarzt und seine einfachen Möglichkeiten bei weitem ausreichen, um den Patienten optimal zu versorgen, so daß für den Patienten eingreifenderes wie auch teuereres Vorgehen unnötig ist und vermieden werden kann. Diesen Schluß läßt auch die Zahl der Überweisungen, die in beiden Praxen bei ca. 5 % und damit nahe den Werten der Verdenstudie liegen, zu. Deutlich ist freilich, daß eine Landpraxis, in deren Umgebung keine niedergelassenen Fachärzte zu finden sind, in gewissem Umfang deren Aufgaben mit übernehmen muß. Im untersuchten Fall sind es hauptsächlich Aufgaben des Pädiaters, denn Kinder unter 14 Jahren machen in unserer Landpraxis doch einen Anteil von 5,4 % aus, während in der Stadtpraxis im Beobachtungszeitraum Kinder dieses Alters überhaupt nicht behandelt wurden. Ähnlich verhält es sich z.B. mit der EKG-Schreibung, die in der Landpraxis häufiger vorkommt als in der Stadtpraxis.

Die Erkrankungen und Erkrankungsgruppen, die in einer Allgemeinpraxis auftreten, sind äußerst vielfältig. Dies sieht man

u.a. an dem Umfang der Checkliste, mit der diese in der Verdenstudie erfaßt werden. Auch die Vielfalt, die in unserer Untersuchung in beiden Praxen zu beobachten ist, ist immens. Trotzdem lassen sich Schwerpunkte festhalten, dies sind Erkrankungen der Herz - Kreislauforgane, die in der Stadtpraxis an erster Stelle stehen, sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates, die in der Landpraxis den Gipfel bilden. Daß diese beiden Gruppen in den untersuchten Praxen in der Häufigkeit die Plätze tauschen, ist durch die unterschiedliche Arbeitsbelastung der Bevölkerung sowie durch ihre unterschiedliche Altersstruktur leicht zu erklären. Auch, daß Hauterkrankungen in der Landpraxis häufiger auftreten, liegt nahe. Wichtig ist, daß die Behandlung und Dauerbetreuung von chronisch Kranken, bei der Gesprächskontakte eine sehr große Rolle spielen und die damit sehr zeitaufwendig ist, eine der Hauptaufgaben des Allgemeinarztes darstellt. In der Stadtpraxis machen chronisch Kranke ca. 64 % der Patienten aus, was sicher in diesem Falle auch mit der Alterszusammensetzung der Klientel zusammenhängt, doch auch in der Landpraxis stellen diese Patienten mit ca. 43 % eine sehr große Gruppe.

Innerhalb der Gesprächsthemen und deren Häufigkeit des Auftretens lassen sich zwischen unseren beiden Praxen keine wesentlichen Unterschiede erkennen. Es zeigt sich jedoch, daß die Gesprächsführung bei fast allen Arzt - Patientenkontakten eine überragende Rolle spielt und vom Patienten als äußerst wichtig angesehen wird. Die Vielfalt der angesprochenen Themen ist beeindruckend, auch wenn die Themen, die die momentane Erkrankung und die gesundheitliche Lebensführung behandeln, an der Spitze liegen. Sprechen doch z.B. in beiden Praxen von sich aus ca. 26 % der Patienten über ihre psychische Situation und weitere ca. 35 % über andere konkrete psychische und soziale Probleme. Häufig gerieten beide Allgemeinärzte an ihre zeitlichen und ausbildungsbedingten Grenzen. Nimmt sich der Arzt jedoch für diese Bedürfnisse nicht die nötige Zeit, so wird dies vom Patienten äußerst kritisch vermerkt. Der Punkt des Zeitaufwandes erweist sich hiermit als besonders interessant.

Berichtet R.N. Braun bei seinen Untersuchungen (6) von einem Zeitaufwand von 2 bis 3 Minuten im Durchschnitt pro Patient, so liegen die in beiden Praxen ermittelten Durchschnittswerte zwischen 7 und 8 Minuten. Die wirtschaftliche Situation verschiebt sich bei diesem Zeitaufwand für beide Praxen, gemessen an den von Braun ermittelten Werten, nach der negativen Seite, was eben auch dadurch zum Ausdruck kommt, daß Braun von 60 behandelten Patienten pro Tag ausgeht, die beiden untersuchten Praxen aber nur ca. 40 Patienten erreichen. Da die Systematik der Verdenstudie beim Erfassen der Kontaktzeit von unserer Untersuchung abweicht, ist ein direkter Vergleich mit dieser Studie nicht möglich. Man kann jedoch davon ausgehen, daß bei Beachten der ermittelten Werte beide Untersuchungen zu einem sehr ähnlichen Ergebnis kommen. Hier wie dort zeigt sich, daß die meisten Arzt - Patientenkontakte in sehr kurzer Zeit ablaufen. Eine kleine Gruppe von Problempatienten, insbesondere solche mit sozialen und psychischen Problemen, kostet aber sehr viel Zeit.

C. WERTUNG DER ERGEBNISSE FÜR DIE TÄTIGKEIT DES ALLGEMEINARZTES

Über die Situation des Allgemeinarztes lassen sich, betrachtet man das bisher Gesagte, einige Aussagen machen. Er steht in der vordersten Front der Gesundheitsversorgung in diesem Lande, all die Veränderungen, die die Medizin wie auch das Arzt - Patientenverhältnis erfahren hat, kommen in den allermeisten Fällen zuerst in seiner Praxis zum Tragen. Betrachtet man weiter, daß über 90 % der Patienten des Allgemeinarztes ausschließlich von ihm endgültig versorgt werden können, so wird eindeutig klar, daß er aus unserer Gesundheitsversorgung nicht wegzudenken ist. Würde man nämlich seine Position untergraben, so bedeutete dies nur, die gesamte Problematik auf die nächste Ebene, z.B. die der Fachärzte und Spezialisten, bzw. der Kran-

kenhäuser, zu verlagern. All die Genannten wären noch weit weniger in der Lage, den Bedürfnissen der Patienten zu entsprechen. Die Folgen wären lange, für den Patienten sehr mühevolle und nicht zuletzt kostspielige Rundreisen von Spezialist zu Spezialist. Von Patientennähe und Menschlichkeit, die in letzter Zeit immer höher bewertet werden, so auch von den referierenden Politikern auf dem Deutschen Ärztetag 1979 in Nürnberg und dem Krankenhaustag 1979, dürfte man erst gar nicht sprechen, denn wer kennt seine Patienten und ihre Probleme besser als der Allgemeinarzt, der mit ihnen im gleichen Biothop lebt?

Geht man nun davon aus, daß der Allgemeinarzt die beste Möglichkeit der Gesundheitsversorgung in der vordersten Linie darstellt, so wird es gerade deswegen Zeit, daß seiner Situation, die, wie wir gesehen haben, laufenden Veränderungen unterliegt, endlich mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird. Denn ganz sicher sind Veränderungen sowohl in der Organisation der Praxen wie auch in der Ausbildung der Allgemeinärzte nötig, damit sie den veränderten Anforderungen, die an sie gerichtet sind, gerecht werden können. Voraussetzung dafür wird eine wissenschaftliche Beschäftigung mit den Methoden und Möglichkeiten der Allgemeinmedizin sein, um diese in die Schulmedizin aufzunehmen und weiter zu entwickeln. Außerdem sind fortwährende soziologische Untersuchungen nötig, um die veränderten Lebensbedingungen und die dadurch bedingten Ansprüche und Erwartungen der Bevölkerung an den Allgemeinarzt kennenzulernen und sie in die Zukunftsüberlegungen einzubeziehen. Betrachten wir die in dieser Arbeit gemachten Erfahrungen, so zeigt sich, daß das Aufgabengebiet eines Allgemeinarztes äußerst weit ist. Wir haben gesehen, daß er mit einer sehr großen Vielfalt verschiedenster Erkrankungen konfrontiert wird, auch wenn diese im einzelnen in nur geringer Häufigkeit auftreten, wie dies auch in anderen Untersuchungen zum Ausdruck kommt. Es ist also notwendig, dem Allgemeinarzt eine sehr breitgefächerte Ausbildung zu geben. Andererseits sahen wir, daß es eindeutig Schwerpunkte gibt, wie z.B. Erkrankungen der Herz - Kreislauforgane

und des Bewegungsapparates. Diese Schwerpunktbildung muß sicher weiter erforscht und beachtet werden. Außerdem war festzustellen, daß die Arbeitsbedingungen, die Umweltsituation und die Alterszusammensetzung der Bevölkerung in der Umgebung einer Praxis, wie auch die Infrastruktur im Einzugsgebiet der Praxis, z.B. die Versorgung mit Fachärzten, auf die Zusammensetzung der Klientel einer Allgemeinpraxis einen erheblichen Einfluß haben. Diese Zusammenhänge bedürfen ebenfalls weiterer Untersuchungen, um dem Arzt, der sich als Allgemeinmediziner niederlassen möchte, möglichst genaue Vorstellungen von den Aufgaben und Erwartungen zu geben, die auf ihn zukommen werden. Als weiterer wesentlicher Punkt ist zu beachten, daß sich die Erwartungen der Patienten an den Allgemeinarzt wesentlich gewandelt haben. Nicht mehr alleine die gute medizinische Versorgung wird gefordert, sondern das vertrauensvolle Gespräch über beinahe alle Probleme des Lebens gewinnt immer mehr an Bedeutung. Der Arzt soll der verständnisvolle Partner sein, mit dem alle wichtigen Fragen besprochen werden können. Dies beginnt bei der eigenen Erkrankung, über die genaue Aufklärung verlangt wird, führt über das Wie und Warum der nötigen Behandlung bis zu psychosozialen Problemen wie Partnerbeziehung, Arbeitsplatz u.ä. Diese Gesprächsbereitschaft wird heute vom Patienten als mindestens gleichgewichtig zur medizinischen Versorgung betrachtet. Ist beides gewährleistet, so spricht er von einem "guten Arzt". Es erhebt sich hier natürlich die Frage, inwieweit der Allgemeinarzt gerade diesem Anspruch genügen kann. Und es bleibt zu erforschen, ob die Lösung darin zu suchen ist, den Allgemeinarzt psychologisch besser auszubilden, oder ob mehr Gewicht auf die Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern und Psychotherapeuten sowie den Ausbau solcher Einrichtungen gelegt werden soll. Wahrscheinlich wird beides nötig sein.

VII. ALLGEMEINE ZUSAMMENFASSUNG

Das im Positiven verstandene Spannungsfeld Arzt - Patient stellt eine der ältesten Grundsituationen der Menschheit dar. Diese Grundsituation wird von einer Vielzahl von Faktoren bestimmt, die einem laufenden Wandel medizinisch-technischer wie psychosozialer Art unterworfen sind. Das Arzt - Patientenverhältnis unterlag daher im Laufe der Geschichte und unterliegt noch heute einem stetigen Wandel, da die an dieser Beziehung beteiligten Personen Glieder einer sich stetig wandelnden Gesellschaft sind, und diese in Form des Staates zusätzlich direkt durch Gesetze und Verordnungen oder indirekt durch Organisation und Institution in diese Beziehung eingreift. Seit sich das Berufsbild des Allgemeinarztes herausgebildet hat, steht er in vorderster Linie der Gesundheitsversorgung und verspürt so als erster und am heftigsten die jeweiligen Veränderungen. Trotzdem gingen Forschung und Lehre lange Zeit über seine Situation hinweg, und es blieb seinem Geschick und seiner Erfahrung überlassen, diese seine Situation zu meistern.

Erst als man vor ca. 20 Jahren im Schritte einer zunehmenden Fortschritts- und Spezialisierungsgläubigkeit beinahe daranging, den Allgemeinarzt als eine überholte Spezies einzuordnen, begann man in etwas größerem Stil die Überlegungen, welches bisher eigentlich seine Aufgaben gewesen waren und wie er ihnen, falls er überhaupt noch nötig sei, in Zukunft gerecht werden solle. Besonders unter dem Druck der Kostensteigerung und den neu aufkommenden Forderungen nach einer menschlichen Medizin bemerkte man sehr schnell, daß der Allgemeinarzt mit seiner Arbeit eine äußerst beachtenswerte Rolle spielt. Verwundert stellte man fest, daß man über seine Aufgaben und die Art, wie er sie löste, kaum exaktes Wissen hatte. Nun begann eine zunehmend intensiver werdende Beschäftigung mit der Allgemeinmedizin und dem sie ausübenden Arzt.

Lehrstühle entstanden, Lehrbeauftragte wurden berufen, und die Allgemeinmedizin wurde in die Ausbildung an den Universitäten einbezogen. Daß dies notwendig ist, wird schon dadurch ersichtlich, daß der erste Vertreter des Gesundheitswesens, dem ein Patient begegnet, in den weitaus meisten Fällen der Allgemeinarzt ist, und daß über 90 % dieser Patienten auch endgültig von ihm versorgt werden. Der Allgemeinarzt ist der Arzt, der in der gleichen Umwelt wie seine Patienten lebt, der ihre Probleme und ihre psychosoziale Lage kennt und sie in seine ärztlichen Überlegungen einbeziehen kann. Weiter ist er derjenige, der von den Patienten immer mehr als kompetenter Gesprächspartner in allen wichtigen Fragen des Lebens anerkannt wird. Der Allgemeinarzt bemerkt, da er in vorderster Front steht, zuerst Änderungen im Denken und Fühlen sowie in den Ansprüchen der Menschen und kann somit als sensible "Frühwarnstation" neue Gedanken und Anregungen für die Entwicklung des Gesundheitswesens liefern.

Auch wenn wir heute einiges über den Allgemeinarzt und seine Aufgaben, sowie über die veränderten Bedürfnisse seiner Patienten wissen, so stehen wir doch am Anfang eines Weges, dessen Ziel es ist, neue Erkenntnisse auf diesem Gebiet zu gewinnen und die gewonnenen in die Ausbildung der Allgemeinärzte und ihr Berufsbild einzubauen, um so eine den Ansprüchen der Patienten entsprechende und doch bezahlbare medizinische Versorgung zu erreichen.

Herrn Dr. N. Hörning und Herrn Dr. W. Müller gilt mein besonderer Dank, da sie mir ihre Praxen für diese Unternehmung zur Verfügung stellten.

Herrn Professor Dr. H.A. Kühn danke ich für die Übernahme des Korreferates.

Herrn Dr. B. Brückl, Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Universität Würzburg, danke ich für die Anregung zu dieser Untersuchung.

Herrn Professor Dr. L. Maiwald danke ich besonders für die Überlassung des Themas, die Übernahme des Referates und seine ständige hilfreiche Gesprächsbereitschaft während der Durchführung der Arbeit.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

1) Arnold, M. — Die Evolution des Gesundheitswesens. Deutsches Ärzteblatt, Heft 17, S. 1169 - 1179, 1979

2) Atteslander, P. — Die Stellung des Arztes in der modernen Gesellschaft. Der Praktische Arzt, Heft 3, S. 316 - 328, 1973

3) Baier, H. — Ärzte und Krankenkassen - Kooperation oder Dauerkonflikt? Der Kassenarzt, Heft 9, S. 1762 - 1776, 1977

4) Boschnik, H.I. — Menschliche Konflikte als ärztliche Aufgabe von moren. Hrsg. Schipperges, Ausbildung zum Arzt von morgen, Stuttgart 1971

5) Brandlmeier, P. — Hrsgb., Die Allgemeinpraxis. Berlin, Heidelberg, New York 1974

6) Braun, R.N. — Forschung über die Allgemeinpraxis/ Der ärztliche Aspekt. Literatursammlung Allgemeinmedizin Nr. 308

7) Braun, R.N. — Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis. München, Berlin, Wien 1970

8) Braun, R.N. — Möglichkeiten einer Aussage über die Tätigkeit des praktischen Arztes. Der Praktische Arzt, Heft 275, S. 331 - 343, 1970

9) Degenhard, B. — Die Zukunft des praktischen Arztes in der modernen Medizin. ZFA Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Heft 3, S. 120 - 125, Stuttgart 1976

10) Dreibholz, K.I.
Sturm, E.
Haehn, K.D.
Hildebrandt, G.S.
Kossow, A.
Diagnosen-Statistik in der Allgemeinpraxis.
Ärztliche Praxis Nr. 38, S. 2207 - 2208, Mai 1977, Jg. 23

11) Entralgo, P.L.
Arzt und Patient.
München 1969

12) Ferber, C. v.
Die Rolle des "Sozialen" in der Medizin.
Der Praktische Arzt, Heft 11, 1974

13) Ferber, C. v.
Die Rolle des Arztes in der modernen Gesellschaft.
Der Praktische Arzt, Heft 11, 1977

14) Göpel, H.
Zur Frage einer Regelmäßigkeit der Fälleverteilung in der Allgemeinpraxis.
Eine vergleichende Untersuchung.
Jahrbuch für ärztliche Fortbildung, S. 231 - 240, Berlin 1972

15) Göpel, H.
Kann man heute noch "Praktiker" werden wollen?
Peri med Heft 2, S. 46 - 47, 1976

16) Haehn, K.D.
Leistungsspektren von 5 Allgemeinpraxen.
Der Praktische Arzt, Sonderdruck S. 2 - 8, 1972

17) Haehn, K.D.
Ergebnisse der Verdenstudie.
Der Praktische Arzt, Heft 7, 1977

18) Haehn, K.D.
Das Krankengut der Allgemeinpraxis.
Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Heft 31, 1974

19) Hartmann, F.
Wandlungen im Verhältnis der Kranken zu ihren Ärzten.
Niedersächsisches Ärzteblatt, Heft 24, S. 2 - 27, 1973

20) Henckel, P.-P.
Probleme mit einem Jahrhundertgesetz.
Der Kassenarzt, Heft 11, S. 2162 - 2167, 1977

21) Heuser, H. — Forderung der Gesellschaft und das Berufsbild des Arztes. Informationsdienst der kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Nr. 37, Hannover 1970

22) Hittmaier, A.M. — Arzt und Patient. Österreichische Ärztezeitung, Heft 28, S. 838 - 840, Innsbruck 1973

23) Kress, H. Frh. v. — Das ärztliche Gespräch. Therapie der Gegenwart, S. 673 - 680, 1973

24) Lüth, P. — Der Hausarzt - Eine historische Figur?, aus der Sendereihe des süddeutschen Rundfunks "Haben wir die richtige Medizin? - Fragen nach der Zukunft unseres Gesundheitswesens", Kassel

25) Lüth, P. — Die Ärzte und ihr Stand. Spiegel Nr. 3, 1973

26) Mertens, I. — Patient und Arzt in Deutschland - heute. Deutsches Ärzteblatt, Heft 2, S. 91 - 94, 1974

27) Möhr, I.R. — Das Spektrum allgemeinärztlicher Leistungen. Praktischer Arzt, Heft 22, 1976

28) Schrömbgens, H.H. — Künftige allgemeinärztliche Tätigkeit. ZFA Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Heft 21, S. 1196 - 1200, Stuttgart 1977

29) Schrömbgens, H.H. — Das Gespräch in der Allgemeinpraxis. Therapiewoche, Heft 21, S. 2272 ff, 1971

30) Troschke, J. v. — Sozialmedizinische Aspekte der Allgemeinpraxis. Diagnostik, Heft 6, S. 539 - 543, 1973

L e b e n s l a u f

Mein Name ist Wilhelm, Ludwig Wehner, ich wurde am 18.5.1948 in Würzburg geboren und wohne daselbst in der Schlörstraße 5.

Der Name meines Vaters ist Alois Wehner, er wurde am 31.8.1920 geboren. Er bekleidet den Posten eines Polizeihauptkommissars. Meine Mutter heißt Annemarie Wehner, geb. Zeitler, und wurde am 16.5.1928 geboren, sie ist Hausfrau.

Ich selbst wurde röm.kath. getauft und besuchte von 1954 - 1958 die Volksschule in Würzburg, St. Gertraud. Von 1958 - 1960 war ich Schüler des humanistischen Schönborngymnasiums in Münnerstadt/Ufr. Ich wechselte von dort dann an das humanistische Wirsberggymnasium in Würzburg über, wo ich 1969 die Reifeprüfung ablegte.

Von 1969 bis 1971 studierte ich an der Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg Germanistik und Geschichte, da ich einen Lehrberuf ergreifen wollte. Durch Sonntagsdienste in der Missionsärztlichen Klinik Würzburg seit der 10. Klasse und durch Ferienarbeit in den Semesterferien an verschiedenen Kliniken kam ich immer näher mit dem Fach Medizin in Berührung. Im Laufe der Zeit entdeckte ich so eine immer größere Neigung und Interesse für dieses Fachgebiet bei mir, so daß ich 1971 das Studium der Humanmedizin an der gleichen Universität aufnahm, das ich im Juni 1977 mit dem Staatsexamen abschloß.

Vom 1.2.1978 bis zum 31.1.1979 leistete ich die Medizinalassistentenzeit am Kreiskrankenhaus Mellrichstadt / Kreis Rhön-Grabfeld ab. Im Februar 1979 erhielt ich dann die Approbation als Arzt. Bis April 1979 verblieb ich dann noch als Assistenzarzt an der obengenannten Klinik.

Während des Sommers 1979 schloß ich nun meine Dissertationsarbeit ab und bin ab 1.11.1979 als Assistenzarzt an der psychiatrischen Universitätsklinik in Würzburg tätig.

Würzburg, den 8. Oktober 1979

Wilhelm Wehner